الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية

(الوبائيات - التعريف - محاكات التشخيص - الأسباب - العلاج - المآل والمسار)

دكتور محمد حسن غانم



مكتبة الأنجلو المصرية

الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية

(الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص

- الأسباب - العلاج - المآل والمسار)

دكتــور

محمـد حسن غـانم

بطاقة فهرسة

فهرسة أثناء النشر إعداد الهيئة المصرية العامة لدار الكتب والوثائق القومية ، إدارة الشئون الفنية .

غانم ، محمد حسن

الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية / محمد حسن غانم .

ـ ط١ . ـ

القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية ، ٢٠٠٦ .

٣٨٨ ص ، ١٧× ٢٤ سم

١ـ الاضطرابات النفسية

٢ـ الامراض النفسية أ ـ العنوان

رقم الإيداع : ١٣٠٦١

ردمك : ٩٧٧ـ٠٥ـ٢٢٤٤ـ٩ تصنيف ديوى : ١٥٧,٧

المطبعة : محمد عبد الكريم حسان

النـاشـر : مكتبـة الانجلـو المصريـة

١٦٥ شارع محمد فريد

القـاهرة ـ جمهوريـة مصر العربيـة

ت : ٣٩١٤٣٣٧ (٢٠٢) ؛ ف : ٣٩٥٧٦٤٣ (٢٠٢)

E-mail : angloebs@anglo-egyptian.com

Website : www.anglo-egyptian.com

بسم الله الرحمن الرحيم

« لقد خلقنا الإنسان في كبد »

صدق الله العظيم

محتويات الكتاب

الموضــوع — الصفحة

مقدمة الكتاب

بسم الله نبدأ وبه وحده نتوكل عليه ونستعينه ، ونصلى على أشرف الخلق الصادق الأمين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

وبعد

كان من المتوقع بعد أن حقق الإنسان هذه الطفرة الكبيرة فى العديد من المجالات المادية أن يشعر بالسعادة ، إلا أن الواقع النفسى يشير إلى زيادة معاناة الإنسان، وإحتمال وقوع العديد أيضا من الحروب والصدامات فى مناطق كثيرة من العالم ، فضلا عن الضغوط العديدة ، والكوارث التى لا حصر لها ولاعدد والتى تلقى بالإنسان إلى خضم مشاكل أخرى وأزمات تترك آثارها السلبية بلاشك على النفس والجسم والعقل .

ولذا ومن أجل إستبصار وفهم أفضل جاء كتاب : الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية لتحقيق عدة أهداف .

الأول : تقديم معلومات علمية ومختصرة عن وبائيات كل إضطراب .

الثانى : تعريف مختصر وواف لكل اضطراب .

الثالث : محكات تشخيص كل إضطراب وفق الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع .

الرابع : التعرف على أسباب الإضطرابات المختلفة .

الخامس : التعرض للعلاجات المختلفة سواء أكانت دوائية أم نفسية لكل إضطراب .

السادس : مسار ومآل كل إضطراب .

ولذا فقد جاء هذا الكتاب فى إثنتا عشرة فصلاً ، فقد جاء **الفصل الأول** بعنوان: مدخل إلى الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية كمقدمة لابد منها قبل ألولوج إلى الإضطرابات المختلفة ، وجاء **الفصل الثانى :** ليتم تناول العديد من إضطرابات القلق مثل : إضطرابات القلق العام ، والرهاب والهلع والوسواس القهرى والضغوط التالية

للصدمة وفى **الفصل الثالث** : تناولنا إضطرابات الوجدان خاصة : الإكتئاب الجسيم ، وإضطراب الهوس ، وإضطرابات ازدواجية القطب ، وفى **الفصل الرابع** : تناولنا إضطراب الفصام من حيث الوبائيات والأنواع ومحكات التشخيص ، والأسباب والعلاج وفى **الفصل الخامس** : تناولنا إضطرابات الشخصية من حيث الوبائيات – والأنواع ومحكات تشخيص كل اضطراب . وفى **الفصل السادس** : تناولنا الإضطرابات الجسدية الشكل من حيث الأنواع ومحكات التشخيص والأسباب والعلاج والمسار والمآل. وفى **الفصل السابع** : تناولنا : إضطرابات التحكم فى السلوك الإندفاعى وإضطرابات التوافق، وفى **الفصل الثامن** : تناولنا الإضطرابات الإنفصالية من حيث الوبائيات ، الأنواع ، محكات التشخيص ، الأسباب ، العلاج ، المسار والمآل . وفى **الفصل التاسع**: تناولنا إضطرابات الأكل من حيث الوبائيات ، مع التركيز على إضطرابى : فقدان الشهية العصبى ، وزيادة الشهية العصبى ، وفى **الفصل العاشر**: تم تناول إضطرابات النوم من حيث الوبائيات ، ثم إضطرابات النوم الأولية ، وإضطرابات النوم الثانوية (أو مخلات النوم) من حيث التعريف – محكات التشخيص ، وفى **الفصل الحادى عشر** : تناولنا الإعتماد على المخدرات وما يرتبط بها من عديد من القضايا ، وأخيرا، وفى **الفصل الثانى عشر** : تناولنا الإضطرابات الجنسية من حيث الوبائيات ، الأنواع ، محكات التشخيص ، الأسباب ، العلاج ، المسار والمآل.

وبعد

ما نقدمه فى هذا الكتاب هو نتاج جهد بشرى عرضه للتقصير أو نسيان بعض المحاور . لكن الأمل قائم فى إمكانية إعادة النظر فيما تم كتابته من فترة إلى أخرى ، ومد يد التعديل أو الحذف أوالتطوير . لأن التطور سنة الحياة ، ولن يتم ذلك إلا من خلال الإعتراف بأمكانية وجود جوانب للتقصير إضافة إلى فتح العقل والقلب لكل رأى وتقبل كل ملاحظة من قبل كل متلقى .

وفى الختام نسأل المولى عز وجل أن يحقق الفائدة المرجوه من هذا الكتاب . وأن يجد كل من يسعى إلى المعرفة بإضطرابات الإنسان مبتغاه .

وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين

د. محمد حسن غانم

الفصل الأول

مدخل إلي الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية

محتويات الفصل :

- حقائق حول أرقام الإصابة بالأضطربات النفسية والعقلية والسلوكية .
- تعريف الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية .
- التصنيف والإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية .
- تصنيف الإضطرابات النفسية والعقلية .

الأول : تصنيف منظمة الصحة العالمية I C D .

الثاني : الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية D S M .

الفصـل الأول

مدخل إلي الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية

مقدمة :

إن الإصابة بالمرض من أوائل الاخطار التى واجهت الإنسان منذ بداية الخليقه، فقد اعتبرها الإنسان الأول تهديدا للبقاء ، فقد أثبتت دراسة بقايا الإنسان الأول أنه كانت له أمراض وكان يعانى ألوانا من الاذى وكان يحاول أن يلجأ إلى الطبيعة للخلاص من ذلك الأذى وتلك الآلام .

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٤ ، ص ١)

كما أن المرض النفسى يعد من أشد العوامل قسوة وعنفا فى إنتزاع سعادة الإنسان وتدميرها بل وسعادة وأمن المحيطين به أيضا، فالأسرة التى يصاب أحد أعضائها بالمرض العقلى أوالنفسى تعانى كلا من التعاسة والبؤس وضيق الصدر وفضلا عما يسببه المرض من إعاقة لإنتاجية الفرد وابداعه وإسهامه فى العمل الوطنى. وقد يقال إن الأمراض النفسية والعقلية أمراض عصريه حديثة ، أوأنها لاتوجد فى المجتمعات المتقدمة الا أن الحقيقية أن الأمراض النفسية والعقلية وجدت منذ وجد الإنسان وتعرف عليها علماء اليونان وفلاسفتهم ثم تناولها علماء العرب بالفحص والتشخيص والعلاج .

(عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٩٥ ص ص ١ – ٢) .

وإن بدايات الإنسان الأولى على وجه الأرض – قد شهدت العديد من المظاهرالتى تسبب القلق مثل المعاناة والجوع والمرض والعبودية والحروب والكوارث العامة المختلفة وهى أمور تجعل الإنسان البدائى القديم عرضه للقلق .

(إحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٠٧)

وهى حقيقة أكدتها العديد من الدراسات الانثربولوجيا المختلفة
(Kaplan.M & Sadock.M, b 1996)

حقائق حول أرقام الإصابة بالإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية :

– يعتقد كثير من الأطباء النفسيين أن عدد المصابين بالإضطرابات النفسية يتراوح ما بن ٣٠ – ٣٥٪ من عدد سكان أى دولة .

- كما يقرر مركز الخدمات الصحية فى أحدى الجامعات الإنجليزية إن ٤ ٪ من الرجال و ٥ ٪ من النساء يعانون من أعراض إضطرابات نفسية (أو ذهانية لفترة قصيرة) أثناء حياتهم الدراسية .

- فى دراسة مسحية على خمسة الآف أمريكى وجد أن ٤ ٪ منهم كانوا يعانون من الإضطراب المزمن ، و١١ ٪ يشعرون بالإكتئاب النفسى والتعاسة ، و١٩ ٪ تتملكهم مخاوف من الإنهيار العصبى بين لحظة وأخرى ، و٢ ٪ صادفتهم مشكلات احتاجت لتدخل علاجى .

- أما نسبة الذهان فهى تصل إلى أكثر من ١ ٪ فى المجتمع ، كما أن النساء أكثر عرضه للإصابة بالأمراض النفسية مقارنة بفئة الرجال ، وكبار السن يتزايد لديهم الإضطراب أيضا بمقارنتهم بالصغار فى جوانب معينة من الإضطرابات النفسية كالإكتئاب .

- وفى مسح إجتماعى لحالات الفصام المزمن فى مناطق (غانا) الافريقية وجد إن نسبة الفصاميين تصل إلى ٩ ٪ من عدد السكان فى مقابل ٨ ٪ من عدد السكان فى دول أوروبا وأمريكا .

- وفى دراسة أجريت على ثلاث قرى هندية تتكون من تسعة آلاف نسمة تبين إن٣٧ ٪ من السكان صرحوا بأنهم يعانون من أحد الإضطرابات النفسية بشكل أو بآخر، وزادت هذه الأعراض بين النساء أكثر من الرجال ، وبين الفقراء أكثر من الأغنياء .

فى العالم االعربى :

- فى دراسة أجراها (عبد الستار إبراهيم) حيث قارن بين ثلاث مجموعات من الطلاب فى أمريكا وبريطانيا ومصر تبين إن نسبة المصابين بالقلق تزداد بين الطلاب المصريين يتلوهم الأمريكيون ثم الإنجليز .

- وفى دراسة أجراها (محمد أحمد غالى) على ١٨٨٣ فردا من المقيمين فى الكويت من بينهم ٤٥٠ من الكويتيين الذكور ، ٥٥٧ من الكويتيات ، ٥٧٥من غير الكويتيين من الذكور ، ٢٩٦ من غير الكويتيات وجد شيوع العصاب بين المواطنين الكويتيين عن الوافدين من الدول العربية الأخرى ، كما أن الأناث عامة سواء كن كويتات أو وافدات كن أكثر عصابية . وأن أكثر المجموعات عصابية هى فتات التلاميذ فى المرحلة الثانوية وأصحاب المهن .

- وفى دراسة أجراها (عبد الستار إبراهيم) على (٣٠٠) طالب وطالبة فى

المرحلة الجامعية بمدينة البيضاء بليبيا ، توصل إلى أن مايقرب من ٦ر٥١٪ من العينة عبرت عن العجز من تأكيد الذات وإنخفاض الثقة بالنفس فى مواقف التفاعل الإجتماعى .

– وإن الخجل والانسحاب من التفاعل فى المواقف الإجتماعة تنتشر بين مايقرب من ٤٥٪ من أفراد العينة وهى نسبة عالية دون شك .

(عبد الستار إبراهيم ١٩٩٨ ، ص ص ٣٣ – ٣٩) .

– وفى دراسة حديثة أجراها الباحث وأخر حول مدى إنتشار إضطرابات الشخصية بين فئات تعليمية وإجتماعية ومهنية متعددة فى المجتمع المصرى توصلا إلى حقيقة مؤداها إنتشار العديد من إضطرابات الشخصية (بفئاتها المختلفة) لدى قطاعات متعددة (وغير كلينيكية) فى المجتمع المصرى ، وإن كانت نسبة الإضطرابات فى الإناث أكثر من الذكور بصفة عامة .

(محمد حسن غانم ، مجدى زينة ٢٠٠٥)

– كما تقدر بعض الدراسات نسبة الإضطرابات النفسية كالآتى :

– عدد المصابين بالإضطراب الإكتئاب فى العالم اليوم تصل نسبتهم إلى ٧٪ .

– أكدت تقارير منظمة الصحة العالمية إن حالات الإنتحار تقدر بحوالى ٨٠٠ الف حالة كل عام .

– تصل نسبة الإصابة بالتخلف العقلى من ٢ – ٤٪ من السكان .

– يصيب مرض الصرع – وهو أكثر الأمراض العصبية إنتشارا – نسبة تتراح ما بين ٥ر – ١٪ .

– يقدر عدد المصابين بحالات العتة أو الخرف التى تحدث فى مرحلة الشيخوخة بنسبة ٥٪ فوق سن الستين ، ثم تزيد بنسبة لتصل الي ٢٠٠٪ فوق سن ٨٠ سنة .

(لطفى الشربينى ، ١٩٩٩ ، ص ص ١٢ – ١٣)

تعريف الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية :

يعرف الإضطراب فى موسوعة علم النفس والتحليل النفسى (بصفة عامة) بأن الإضطراب **Disorder** يعنى لغويا الفساد أو الضعف أو الخلل ، وهو لفظ يستخدم فى مجال علم النفس الأكلينيكى بصفة خاصة ، وكذلك فى علم الطب النفسى ، وهو

يطلق على الإضطرابات التى تصيب الجوانب المختلفة من الشخصية ، أى أن هذا الإضطراب يعنى مجموعة من الأمراض تعكس سوء توافق الفرد .. ولذا فإن هناك العديد من المفاهم التى تعكس إضطرابات متعددة مثل : إضطراب الإدراك **Imperception** وإضطرابات الشخصية **Personality Disorders** أو الإضطراب الإنفعالى **Emotional Disorders** ، وإضطراب الحس **Paraesthe Sia** .. الخ .

(فرج طه وأخرون ، ١٩٩٣ ، ص ص ٩٤ – ٩٨)

فى حين يعرف الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للإضطرابات النفسية والعقلية الملمح الإساسى لإضطراب المسلك بأنه نمط متكرر أو مستمر من السلوك تنتهك فيه الحقوق الإساسية للأخرين والمعايير الإجتماعية الأساسية المناسبة لعمر الشخص ، وإن هذه الأشكال السلوكية تنتظم فى فئات هى :

– التصرفات العدوانية التى تسبب تهديدا بحدوث ضرر جسمى لأشخاص أخرين أو الحيوانات .

– التصرفات غير العدوانية التى تسبب تخريبا لممتلكات الآخرين ·

– النصب أو السرقة والإنتهاكات الخطيرة للقوانين أو المبادئ .

(APA. , 1994)

والإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية التى سوف نناقشها فى هذا الكتاب تشمل إضطرابات نفسية (القلق بتصنيفاته المختلفة) ، الذهان (بتصنيفاته المختلفة) ، والإضطرابات السلوكية خاصة (إضطرابات النوم ، الأكل ، الإدمان ، الجنس) .

وتعرف الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية بأنها أى إضطراب ينطبق عليه محكات تشخيص الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع ·

التصنيف والإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية :

مصطلح التصنيف **Classification** يعنى حرفيا تمييز الشئ أو تعينه وقد يفيد المعانى الآتى :

أ – التمييز بين التصنيف والتاكسونومى وهى الدراسات النظرية للتصنيف دون اعتبار للمضمون .

ب – التصنيف بمعنى تكوين مجموعات من تجمع أكبر لكيانات ،والتمييز أو التعيين **Identification** أ ى عملية تعيين كيان معين فى نظام تصنيف قائم .

حـ – قد يقابل التصنيف مصطلح التشخيص فى الإستخدام الطبى أى تحديد مجموعة من الأعراض وبدرجة معينة ختى يمكن وضع هذا الفرد فى فئة اضطرابية محددة .

د – وقد يقابل التصنف قائمة الأسماء **Nomenciature** وهى القائمة المعتمدة للمصطلحات المستخدمة لتمييز الفئات ووصف الكيانات المميزة ، وهى مستقلة عن أى خصائص تكمن وراء الفئات .

هـ – علم يسمى : علم تصنيف الأمراض **Nosology** وهو علم يقوم على نظام معين هادفا إلى وضع الفئات المرضية فى تصنيف محدد .

(لويس مليكة ،١٩٩٧ ، ص ٥٧)

وظائف التصنيف : تتحدد فى الآتى :

١ – إختزال الأوصاف السلوكية .

٢ – توحيد مصطلحات يفترض اتسامها بالثبات وتيسير التواصل بن المهتمين بالإضطرابات النفسية والعقلية والإنحرافات السلوكية .

٣ – تيسير جمع وتخزين وإستعادة المعلومات الاكلينيكية مما ييسر البحث عن المعلومات المرتبطة باغراض معينة أو غيرها .

٤ – إن التشخيص أساسى للبحث الابيديمولوجى (الوبائيات) لتحديد الفروق فى تواتر الإضطرابات العقلية عبر الثقافات .

٥ – وصف أوجه التشابه والإختلافات الهامة بين المرضى السيكاتريين بحيث تقود معرفة التشخيص إلى معرفة الأعراض التى يحتمل ظهورها لدى المريض .

(لويس مليكة ١٩٩٧ ، ص ٥٨)

عيوب التصنيف : يعترض البعض على فكرة التصنيف للأسباب الآتية :

١ – لا يمكن للعنوان أو الأسم أن يضم كل البيانات الملائمة عن المريض مما يزيد من إحتمال أن يصبح الأسم (أو التصنيف) قالبا نمطيا لا يعكس تعقد وفردية الشخص .

٢ – يهتم التشخيص غالبا بتأكيد جوانب الضعف أكثر من جوانب القوة .

٣ – يخلق استخدام الاسم التصنيفى الوهم الخادع بفهم المريض مما قد يبعد الاكلينيكى عن محاولة تخفيف معاناة المريض .

(لويس مليكة ١٩٩٧ ، ٥٩ – ٦٠)

تصنيف الإضطرابات النفسية والعقلية :

لسنا فى مجال السرد التتبعى لعملية تصنيف الأمراض عبر الحقب والعصور المختلفة لكن ما نستطيع ذكره فى هذا المجال أن كافة المحاولات الإجتهادية والعشوائية عبر العصور والإجتهادات الفردية قد تلخصت الآن فى ملمحين أساسيين وهما :

الأول : تصنيف منظمة الصحة العالمية والذى يطلق عليه إختصارا International Classification Diseases (I C D) وهذا التصنيف قد تم وضعه عام ١٩٤٦ ، وتمت مراجعته أكثر من مرة حتى وصل أخيرا إلى المراجعة العاشرة I C D عام ١٩٩٢ (ICD : Io , 1992) (وبالمناسبة توجد ترجمة عربية للدليل العاشر أصدرها المكتب الأقليميى لشرق المتوسط (منظمة الصحة العالمية ١٩٩٩).

وتم تصنيف الفئات المرضية – والتى تندرج – كمثال – ضمن الإضطرابات السلوكية – فى الفئات الآتية :

١ – إضطرابات الشخصية والسلوك الناجمة عن مرض أو إصابة أو خلل وظيفى فى المخ .

٢ – الإضطرابات العقلية والسلوكية الناجمة عن استخدام مواد نفسية فعالة .

٣ – اضطراب الشخصية والسلوك الناجم عن تعاطى الكحول .

٤ – إضطرابات عقلية أو سلوكية أخرى مترتبة على تعاطى كحول أو عقاقير .

٥ – إضطرابات عقلية أو سلوكية غير محددة مترتبة على تعاطى كحول أو عقاقير .

٦ – إضطراب التوافق مع خلل مختلط فى المشاعر والسلوك .

٧ – إضطراب التوافق مع خلل أساسى فى السلوك .

٨ – الزملات السلوكية المصحوبة بخلل وظيفى وعوامل بدنية .

٩ – الإضطرابات العقلية أو السلوكية المصاحبة للنفاس غير المصنفة فى مكان آخر .

١٠– عوامل نفسية أو سلوكية مصاحبة لأضطرابات أو أمراض مصنفة فى مكان أخر .

١١– زملات سلوكية وإضطرابات عقلية مصاحبة بخلل وظيفى فسيولوجى غير محدد .

١٢ – إضطرابات الشخصية والمسلك للراشدين .

١٣– إضطرابات نفسية سلوكية مصاحبة للإرتقاء والتوجه والجنسى .

١٤ – إضطرابات أخرى فى شخصية وسلوك الراشدين .

١٥– إضطرابات شخصية وسلوك الراشدين غير محدد .

١٦– المسلك السلوكى المصاحب للتأخر العقلى .

١٧– إضطرابات النماء .

١٨– إضطرابات سلوكية وإنفعالية تبدأ عادة فى مرحلة الطفولة أو المراهقة .

١٩– إضطراب سوء المسلك أو الجناح .

٢٠– الإضطرابات المختلطة فى المسلك والإنفعالات .

٢١– إضطرابات فى اللوازم .

٢٢– إضطرابات سلوكية وإنفعالية أخرى غالبا ما تظهر إبان فترة الطفولة أو فى مرحلة المراهقة .

(W H o , 1992)

الثانى : الدليل التشخيصى والإحصائى للإضطرابات النفسية :

بما أننا سوف نستخدم هذا الدليل التشخيصى طوال عرضنا فى هذا الكتاب للإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية لذا فسوف نطيل الحديث عنه قليلا .

هذا الدليل تتوفر على اصداره الجمعية الأمريكية للطب النفسى **American Association Psychiatric** ، والذى يستخدم كأساساً للتشخيص فى العديد من دول العالم ، وقد صدرت حتى الآن (٤) مراجعات من هذا الدليل ، حيث ظهرت الطبعة الأولى عام ١٩٥٢ باسم **D S M - I** ثم صدرت الطبعة الثانية منه عام ١٩٦٨ بأسم **DSM II** وفى عام ١٩٨٠ صدرت الطبعة الثالثة باسم **D S M - III** وفى عام ١٩٨٧ تم إصدار طبعة من الدليل الثالث مراجعة بأسم **D S M - III R** ، وفى عام ١٩٩٤ صدرت الطبعة الرابعة بأسم **D S M - IV** والتى صدرت منها عدة طبعات أخرها عام ٢٠٠٠*

(APA. , 2000)

ويرصد المتابعون وجود فروق أساسية بين كل طبعة وطبعة أخر . فالطبعة الثالثة على سبيل المثال – قد أختلفت عن الطبعة الأولى والثانية فى إبراز بعض

* فى موقع الجمعية الأمريكية للطب النفسى علي شبكة المعلومات الدولية تم ذكر أن الجمعية بصدد إعداد الطبعة الخامسة من الدليل التشخيص والإحصائى الخامس عام ٢٠١١ .

الملامح الجديدة والتى تمثلت فى :

١ – **إستخدام المنهج الوصفى :** حيث يكتفى الدليل بوصف الإضطرابات والتلازمات الاكلينيكية بصورة شاملة ومفصلة دون التعرض للأسباب أو النظريات الخاصة بتفسير هذه الإضطرابات .

٢ – **إستخدام المحكات التشخيصية :** حيث وضع مؤلفو الدليل مجموعات من المحكات الخاصة لتشخيص كل مرض ، تم جمعها بواسطة الملاحظة الأكلينيكية ويشترط لتشخيص المرض توفر عدد معين من المحكات التابعة لكل مجموعة مرضية.

٣ – **الوصف المنهجى :** حيث أعتمد الدليل فى وصف الأعراض على الأسلوب المنظم والواضح للأعراض بصورة أساسية وأن كان يعتمد أحيانا على المتغيرات الشخصية والزمنية مثل السن عند بداية المرض ، أو مدة استمرار الأعراض .

٤ – **تحديد شدة الإضطراب :** لا يكتفى مؤلفو الدليل بتحديد الفئات التشخيصية بل أنهم ذهبوا إلى صياغة التعريفات الخاصة بشدة الإضطراب مثل :

طفيف – متوسط – شديد ، أو متحسن جزئيا ، أو متحسن تماما .

٥ – **تعدد المحاور :** يختلف الدليل عن كل النظم التشخيصية الأخرى فى أنه لايكتفى بتحديد التشخيص الإكلينيكى بل شمل بالإضافة إلى الحالة الاكلينيكية تحديدا لإضطراب الشخصية والمرض العضوى والضغوط النفسية والأداء العام وذلك من خلال خمسة محاور هما :

المحور الأول : التشخيص الاكلينيكى فصام أو إكتئاب .. الخ (مثلا) .

المحور الثانى : إضطراب الشخصية أو الإضطرابات الخاصة بنمو الأطفال والمراهقين مثل إعتلال الشخصية من النوع البارانويدى أو إضطراب المسلك .

المحور الثالث : الأمراض العضوية .

المحور الرابع : الضغوط النفسية والإجتماعية .

المحر الخامس : تقويم الأداء العام .

٦ – الإستغناء عن مصطلح عصاب وإستخدام مصطلح ذهان فى أضيق الحدود.

٧ – التعامل مع التشخيصات غير الواضحة : وهذا من أهم مزايا هذا الدليل.

٨ - طريقته فى التعامل مع الحالات التى يصعب البت فيها بأمر قاطع وضمها إلى فئة تشخيصية (لم يتم تحديده بعد) .

وصف الدليل :

المحور الأول : Axis I ويشمل هذا المحور التشخيصات الاكلينيكية وكان عددها فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المراجع **D S M - III R** (١٨) فئة تشخيصية .

المحور الثانى : Axis II ويشمل هذا المحور إضطرابات الشخصية وإضطرابات الطفولة والمراهقة .

المحور الثالث : Axis III ويشمل إمكانية الاصابة بأمراض عضوية أو إصابات مثل: إرتفاع ضغط الدم (أو إنخفاضه) السكر،الصرع ، كسر فى الفخذ..الخ.

المحور الرابع : Axis IV ويشمل الضغوط النفسية الإجتماعية محور (٤) بالفون

ضغوط حادة	ضغوط متصلة
أقل من ٦ شهور	أكثر من ٦ شهور
وفاة زواج	خلافات زوجية مزمنة

الرمز	المسمى	نماذج	
		حاد	متصل
١	لا يوجد	–	–
١	طفيف	التخرج	عدم الرضا عن العمل
٣	متوسط	زواج – تقاعد	مشاغل مالية
٤	شديد	طلاق	بطالة
٥	بالغ	إغتاب	مرض عضوى ، مرض خطير
٦	كارثيى	وفاة طفل ، كارثة طبيعية	الاسر ، الإعتقال
صفر	معلومات غير كافية أو عدم حدوث تغيير		

أنواع الضغوط :

١ – زواجيـة	٦ – ماليـــة
٢ – أبويـــه	٧ – قضائيـة
٣ – شخصية أخرى	٨ – أمراض أو إصابات عضوية
٤ – مهنـيـة	٩ – أخـــرى
٥ – معيشيـة	١٠– عوامل أسريـــة

المحور الخامس : Axis V تقيم الأداء العام

سلم تقويم الإداء الوظيفي العام :

يحسب عن أفضل أداء للمريض فى السنة السابقة على تاريخ التقويم

* يشمل (٣) مجالات : العلاقات الإجتماعية ، الإداء المهنى ، الأداء النفسى .
* يتم تحدد الأداء الحالى والأداء السابق
* يبدأ السلم من ١ وينتهى عند ٩٠ كالآتى :

٨١ – ٩٠ : أعراض طفيفة : أداء جيد فى كل المجالات التى تهم الشخص أنشطة عديدة ويشارك فيها كفرد من الناحية الإجتماعية ، راضى عن حياته بشكل عام ، لا يعانى إلا من مشاغل معتادة مثل مشاغل الحياة اليومية العادية (خلاف طارئ وعابر مع بعض أفراد الأسرة) .

٧١ – ٨٠ : إن وجدت اعراض يمكن إعتبارها ردود أفعال مؤقتة ومتوقعة للضغوط النفسية والإجتماعية مثل : صعوبة فى التركيز بعد مشاجرة مع الأسرة ، مجرد عجز طفيف في الأداء الإجتماعى أو المهنى أو الدراسى .

٦١ – ٧٠ : بعض الأعراض الخفيفة (إكتئاب وأرق عابر) أو وجود بعض الصعوبات فى الأداء الإجتماعى ، المهنى ، أو الدراسى ، الأداء بصفة عامة ، ويحتفظ الشخص ببعض العلاقات التى لها وزنها مع الأخرين :

حالة توضيحية :

محور (١) : إضراب ضلال – متوسط (٣) .

محور (٢) : شخصية ضلالية – (بارانويدى) متوسط .

محور (٣) : إرتفاع فى ضغط الدم .

محور (٤) : ضغط نفسى إجتماعى بالغ (٦) وفاة الزوجة.

محور (٥) : عجز جسيم فى العمل (٤٠) ، تجنب العلاقات الوثيقة ، يتشكك فى زملائه فى العمل (أو الدراسة) ، يتغيب بكثرة (عن العمل أو الإنتظام ، فى الدراسة) نظرا لكثرة تكرار نوابات الصداع ٠

وكل ما سبق يقود إلى :

١ - إن التشخيص يأخذ العديد من الصور أو المحكات .

٢ - إن التشخيص السليم يقود إلى وضع الفرد فى فئة تصنيفية (تنطبق إلى حدا ما مع حالته الفعلية) .

٣ - إن ماسبق من ذكر المحاور الخامسة تفصيلا يقود إلى إجراءات علاجية جيدة ومناسبة مع الحالة المرضية .

٤ - إن كل ما سبق قد أدى إلى إصدار طبعة من الدليل الثالث المراجعة **(DSM III R , 1987)**

- إن الدليل الرابع الذى صدر عام ١٩٩٤ كان نتاجا لعمل (١٣) مجموعة عمل كل منها كان مسؤلا عن قسم فى هذا الدليل حيث يبدأ الدليل بالتعليمات الخاصة بكيفية إستخدامه ، يليها تصنيف الدليل الرابع الذى يقدم قائمة منظمة بالرموز والفئات الخاصة بكل إضطراب ، يلى ذلك وصف لنظام التشخيص متعدد المحاور فى هذا الدليل ، ثم بعد ذلك يقدم المحكات التى يجب البحث عنها لدى الشخص حتى يمكن الحكم عليه وما إذا كان سيقع فى فئة تصنيفية أم لا ، ثم شرح وصفى لكل إضطراب .

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٤٧ - ٤٨)

وهذا الدليل الرابع الذى صدرت منه عدة طبعات أخرها كان عام ٢٠٠٠ ، والذى يضع خمس فئات أو محاور (سبقت الإشارة اليهم عند القيام بعملية التشخيص) .

وقد اشتمل الدليل الرابع على (٢٩٧) فئة تشخيصية مقابل (٩٢) فئة تشخيصية فى الدليل الثالث المراجع ، وبالرغم من هذا التحوط وإجراء التعديلات والمراجعات إلا أنه يؤخذ على الدليل التشخيصى والإحصائى العديد من الملاحظات الآتية :

١ – إن الإضطرابات المتواجدة معا فى الشخص الواحد **Comorbidity** وهى ظاهرة واسعة الإنتشار إذ أن الحالة النفسية تكاد تكون نادرة وتمثل الظاهرة مشكلة فى التقييم وفى العلاج .

٢ – عدم التجانس داخل الفئة الواحدة وظهور اعراض مختلفة تقع بين الحدود التشخيصية والتى تعبر عنها فئة : تشخيص غير محدد نوعيا .

٣ – مشاكل تنظيمية مثل وضع إضطرابات فى فئة معينة بينما يري أخرون أنه يجب أن توضع فى فئة مختلفة .

(لويس مليكة ، ١٩٩٧ . ص ص ٧٧ – ٧٨) .

إلا أن كل ذلك لا يحول دون إستخدام الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع وتشخيص العديد من الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية التى سوف تتعرض لها فى هذا الكتاب .

وإن وجود دليل تشخيص (متفق عليه من أغلبية أطباء النفس وفي أماكن مختلفة من العالم) أفضل بكثير من عدم وجود هذا الدليل ، خاصة إذا أخذنا فى الإعتبار أن مسألة التصنيف هى مسألة إنسانية أى يقوم بها الإنسان ، وأن الظواهر (سواء إنسانية أو غير ذلك) لا توجد مصنفة فى الواقع.

وإذا كانت هنالك إنتقادات توجه للتصنيف فيجب أن تنصب فى التفكير فى كيفية تحسين هذا التصنيف .

مراجع الفصل

١ – أحمد عكاشة (١٩٩٨) **الطب النفس المعاصر** . القاهرة . مكتبة الأنجلو المصرية .

٢ – جمعة سيد يوسف (٢٠٠٠) . **الإضطرابات السلوكية وعلاجها** ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

٣ – عبد الرحمن العيسوى (١٩٩٥) **العلاج النفسى** ، الأسكندرية ، منشأة المعارف.

٤ – عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) ، **العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث – أساليبه وميادين تطبيقة** ، القاهرة ، مطبعة الموسكى ، الطبعة الثانية .

٥ – فرج طه ، حسين عبد القادر ، شاكر قندل ، مصطفى كامل (١٩٩٣) **موسوعة علم النفس والتحليل النفسى** ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .

٦ – لويس مليكة (١٩٩٧) . **علم النفس الاكلينيكى** – الجزء الأول : تقييم القدرات ، القاهرة . مطبعة فيكتور كرلس .

٧ – لطفى الشربينى (١٩٩٩) **الإضطرابات النفسية : حقائق ومعلومات** ، القاهرة كتاب الشعب الطبى ، دار الشعب .

٨ – محمد حسن غانم ، مجدى زينة (٢٠٠٥) **إضطرابات الشخصية لدى فئات غير كلينيكية مصرية** ، مركز الدراسات النفسية ، جامعة القاهرة ، الحولية الثانية ، إبريل

٩ – محمد حسن غانم (٢٠٠٤) **إتجاهات حديثة فى العلاج النفسى** ، القاهرة. جامعة حلوان .

10 - American Psychiatric Association (1980) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders .** washhington, D C.

11 - American Psychiatric Association (1987) **Diagnostic (Brd. e . rev.)** washingston D C

12 - American Psyshiatric Association (1994) **Diagnostic and Statisti cal Manual** of Mental disorders ,washington . D C.

13 - American Psychiatric association (2000) : Diagnotic and Statistical Manual of Mental disorders, (4th ed - T R). Washington, DC

14 - Kaplan, H. A Sadock.h. (1996)Pocket Hand book of clinical Psychiatry . London, williamms & Wilkins. second Edition .

15 - World Health organi2ation (1992) the ICD - 10 **classi Ficatlon of** Mental and behaviorl disorders, clinical **descriptisn** and diagnostic guidelines . Geneva

الفصـل الثاني

إضطرابات القـلـق
Anxiety Disorders

محتـويات الفصـل

وبائيات إنتشار القلق

١ - إضطراب القلق العام

٢ - إضطراب الرهاب

٣ - إضطراب الهلع.

٤ - إضطراب الوسواس القهري.

٥ - إضطراب الضغوط التالية علي الصدمة

مقدمة

مما لاشك فيه ولاسباب متعددة تم إطلاق اسم : عصر القلق والإكتئاب على القرن العشرين (colman,Jo 1978)وإذا كان المؤرخون يرصدون قيام حربين عالميتين وما ترتب على ذلك من قتلى وجرحى وضغوط وتوترات وغيرها ، فأن القرن الواحد والعشرون قد أطل ومازالت الحروب الإقليمية مشتعلة ، ليست فقط بين دولة وأخرى بل داخل الدولة الواحدة ، ولعل أحداث (١١ سبتمبر ٢٠٠١) وما ترتب من شن حروب من قبل أمريكا على آفغانستان ثم العراق واحتلالهما ، وتداعيات ذلك مع إستمرار العنف اليومى فى الحياة اليومية فى العديد من المناطق خير معبر على أستمرار القلق والإكتئاب والضغوط وغيرها من صور وتنوعات الإضطرابات.

وأضطرابات القلق Anxiety Disordrs فئة تشخيصية مستقلة من بين التصنيفات المتضمنة فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل أو المراجع DSM III R, 1987 وكذلك الدليل التشخيصى والأحصائى الرابع ,DSM IV 1994 والصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين والذى يرصد العديد من الإضطرابات، ويجرى العديد من الدراسات حول الإضطرابات فى العديد من دول العالم .

وقد أستقر الرأى على إن **إضطرابات القلق** تتضمن الفئات التشخيصية الآتية :

١ – إضطراب الهلع Panic .

٢ – الخوف من الأماكن الواسعة Agora Phobia (دون تاريخ من إضطراب الهلع .

٣ – المخاوف الإجتماعية الشاذة Social Phopia .

٤ – االمخاوف الشاذة المحدده .

٥ – إضطراب الوسواس القهرى .

٦ – إضطراب الضغوط التالية للصدمة (PTSD) .

٧ – إضطراب الضغوط الحادة .

٨ – إضطراب القلق العام .

٩ – إضطراب القلق الناتج عن حالة طبية عامة .

١٠- إضطراب القلق غير المحدد فى موضع آخر .

١١- إضطراب القلق الناتج عن تعاطى مواد معينة .

(APA., 1994)

وسوف نتناول فى الصفحات القادمة بعضا من إضطرابات القلق مركزين على المحاور الآتية فى كل إضطراب :

- وبائيات الانتشار (الوبائيات) Epidemiology .
- تعريف الإضطراب Disor Der .
- محكات تشخيص الإضطراب Dia gnostic Criteria .
- الأسباب Reasion.
- العلاج Treat Ment .
- المسار والمآل Prognoses .

١ - إضطراب القلق العام.
1 - General Anxiety Disorder

مقــدمة

يكفى أن نذكـر بداية إلى أن الكثـيـر من الكتـابات التى تناولت الإضطرابات النفسية قد بدأت بذكر حقيقة مؤداها : إن الكثير من المؤرخون يرون أن القرن العشرين هو عصر القلق وذلك لاسباب وعوامل شتي (أنظر الفصل الأول من هذا الكتاب) ولذا فقد حظى القلق بأكبر إهتمام من جانب علماء النفس والطب النفسى وغيرهما من التخصصات على حد سواء ، حيث ، يقع أضطراب القلق Anyiety Disorder من وجهة نظر علم النفس المرضى فى القلب من الإضطراب النفسى ، فالقلق محور العصاب Neurosis والمرض الجوهرى المشترك فى الإضطرابات النفسية بل فى أمراض عضوية شتى ، وهو أكثر فئات العصاب شيوعا إذ يكون من ٣٠ – ٤٠٪ من الإضطرابات العصابية تبعا للتصنيفات المبكرة ، ويجمع الباحثون على أن القلق هو المفهوم المركزى فى علم الأمراض النفسية ، وأصبح القلق حجر الزاوية فى كل من الطب النفس – جسمى **Psychos Matic** والنظرية الطب نفسية Psychiatric والتطبيقية كذلك.

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ص ص ١٣ – ١٤).

مع ضرورة الأخذ فى الإعتبار أن القلق لم يعد وليد للعصر بل يمكن تتبع العديد من حالات القلق فى الأزمنة السابقة حيث المعاناة من الجوع والمرض والعبودية والحروب وكوارث عامة مختلفة جعلتهم معرضين للقلق مثلما نحن الآن

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٠٧)

ولذا فقد تزايدت الأبحاث والدراسات بل وتخصيص العديد من المراكز الملحقة فى كثير من الجامعات وذلك للتدريب علي التعامل مع القلق .

(دايفيد شيهان . ١٩٨٨)

وبائيات إنتشار القلق :

تتعدد الإراء حول وبائيات إنتشار القلق ، وسوف نذ كر بعضا منها :

– يصيب مرض القلق نحو خمسة فى المائة من السكان فى أى وقت بعينه ، وهو يصيب واحد فى المائة تقريبا إلى درجة العجز ، وأغلب المصابون به (ثمانون فى المائة من النساء ، والغالبية من هؤلاء فى سنوات القدرة على الإنجاب ، وتغرى زيادة إنتشار المرض فى النساء بالنسبة إلى الرجال أى تعرض النساء لألوان من الضغوط أكثر من تلك التى يتعرض لها الرجال .

(ديفيد شيهان ، ١٩٨٨ . ٢٠)

– إن إضطراب القلق العام يصيب من ٣ – ٨ ٪ من السكان فى أى وقت ، وإن نسبة إصابة الإناث إلى الذكور تعادل ٢ : ١ ، وإن سن بداية الإضطراب تكون عادة فى بداية سن الرشد .

(Kaplan,H.& Sadock,B. , 1996)

– وفيما يتعلق بالدراسات التى تناولت التاريخ الاسرى لهذا الإضطراب فقد وجدت العديد من الدراسات أن نسبة الحدوث فى أقارب الدرجة الأولى ٢٥ ٪ . فى حين تضاربت النسبة فى نتائج أبحاث أخرى إذ وجدت أن نسبة القلق فى التوائم المتشابهة تصل إلى ٥٠ ٪ وأن حوالى ٦٥ ٪ يعانون من بعض سمات القلق وقد أختلفت النسبة فى التوائم غير المشابهة فوصلت إلى ٤ ٪ ، أما سمات القلق فظهرت فى ١٣ ٪ من الحالات، وأن النسبة السابقة يدلل أصحابها على الدور الذى تلعبه الوراثة فى ذلك.

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١١١)

وفى دراسة لأحمد عكاشة وجد أن حوالى ٢٠ ٪ من جميع المرضى المترددين على عيادة الطب النفسى بمستشفى جامعة عين شمس يعانون من القلق النفسى ، وهى أعلى نسبة بالنسبة لجميع الأمراض المختلفة النفسية والعقلية .

كما تبين فى مسح وبائى حديث فى الولايات المتحدة إن نسبة إنتشار إضطرابات القلق بين مجموع الشعب الأمريكى تصل إلى ٨ ٪ .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١١١)

تعريف القلق :

تتعدد التعريفات التى قدمت لمفهوم القلق ، وسوف نكتفيى بأيراد بعضا من هذه التعريفات .

* « القلق شعور عام بالخشية ، أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع أو تهديدا غير معلوم المصدر مع شعور بالتوتر والشده أو خوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية ،

وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول ، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغا فيها لمواقف لا تمثل خطرا حقيقيا ، وقد لا تخرج فى الواقع عن إطار الحياة العادية ، لكن الفرد الذى يعانى من القلق يستجيب لها غالبا كما لو كانت تمثل خطرا ملحا ومواقف تصعب مواجهتها » .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ص ١٤) .

* القلق حالة مرضية تتسم بالشعور بالتوجس المصحوب بعلامات جسيمة تشير إلى فرط نشاط الجهاز العصبي الذاتى، ويختلف القلق عن الخوف بأن الاخير (أى الخوف) يمثل إستجابة لسبب معروف » .

(Kaplan. H.,& Sadock,B., 1996)

* « شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبى اللاإرادى يأتى فى نوبات تتكرر فى نفس الفرد ، وذلك مثل الشعور « بالفراغ فى فم المعدة أو السحبة فى الصدر » والضيق فى التنفس أو الشعور بنبضات القلب ، أو « الصداع » أو كثرة الحركة .. الخ »

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٠٧)

تصنيفات أضطراب القلق العام فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع DSM IV, 2000

إضطرابات القلق : Anxiety Disorder

وتشمل تلك الإضطرابات الفئات الإضطرابية الآتية :

أ - المخاوف الشاذة Phobias

ب - القلق العام Genaralised Anxiety

حـ - إضطراب الهلع Panic Disorder

د - إضطراب الوسواس القهرى Obsessive Compulsive Disorder

حـ - إضطراب لانعصاب التالى للصدمة Post - Trumaticd isorder

ز - إضطراب القلق غير المصنف فى مكان آخر Aniety Disorden N.O.S

٢ - الإضطرابات جسدية الشكل : Somatoform Disorder

وتتضمن تلك الإضطرابات مايلى :

أ – إضطراب التجسدن (أى الجسد) Somaisation Disorder

ب – إضطراب جسمى الشكل وغير متميز .
Undi Fferentated Somatoform Disorder

جـ- إضطراب التحول Coonversion Disorder

د – إضطراب الآلم Pain Disorder

هـ- توهم المرض Hypochondriasis

و – إضطراب التوهم بتشوة الجسم Bldy Dysmotphic Disoder

ز – إضطراب جسمى الشكل غير مصنف فى مكان آخر
Somatoform Disorder N.O.S.

٣ – الإضطرابات الإنشقاقية Dissociative Disorder

وتتضمن هذه الفئة الإضطرابات التالية :

أ – النساوة الإنشقاقية Dissociative Amnesia

ب – الشرود الإنشقاقى Dissociative Fugue

جـ- إضطراب الهوية الإنشقاقية Dissociative Identity Disordrder

د – إضطراب إختلال الانية **Deper Sonali sation** Disorder

هـ – الإضطراب الإنشقاقى غير مصنف فى مكان آخر
Dissociative Disorder N. O. S.

٤ – إضطرابات المزاج Mood Disorders

وتتضمن هذه الفئة الإضطرابات الآتية :

أ – نوبة الإكتئاب العظمي Major Depressive Episode

وتشمل بدورها اضطرابين هما :

١ – عسر المزاج Dysthmic

٢ – الإضطراب الإكتئابى غير المصنف فى مكان آخر
Deprassive Disorder N.O. S.

ب – الإضطراب ثنائى القطب Bipolar Disorder

وتضم بدورها فئتين هما :

١ – المزاج الدورى أو المتناوب Cyciothmic

٢ – الإضطراب ثنائى القطب غير المصنف فى مكان آخر

Bipolur Disorder N.O.S.

(APA. , 2000)

معايير تشخيص إضطراب القلق العام فى الدليل الرابع التشخيصى والإحصائى الرابع :

قبل أن نتعرض لمعايير التشخيص الخاص بإضطراب القلق العام يجب أن نشير فى عجالة إلى مجموعة من الحقائق (فى هذا المجال) أوردها تيموثى أ . براون وآخرون Timohy A. Prown. et al وهى :

أ – ربما لا نجد فئة من فئات الإضطراب النفسى قد طرأ عليها من التغيير والتعديل فى الأثنتى عشرة سنة الأخيرة مثلما طرأ على إضطراب القلق العام ٠

* فعند نشر الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث للإضطرابات النفسية DSM III عام ١٩٨٠ تغير اسم فئة القلق الفرعية من عصاب القلق Anxiety Neurosis إلى حالات القلق Anxiety States ولقد احتوت هذه الفئة التشخيصية الفرعية على تشخيصين محددين هما : إضطراب الهلع Panic Disorder وإضطراب القلق العام مع ضرورة وجود ثلاثة اعراض على الأقل ٠

* ومع ذلك فقد ورد بالدليل التشخيص الثالث إننا لا يمكن أن نقر بوجود إضطراب القلق العام كتشخيص معتمد حيث كان من الممكن اغفال إضطراب القلق العام بمعنى إذا اشتكى المريض من القلق العام والمخاوف الإجتماعية يتم تشخيصيه على أنه يعانى من المخاوف الإجتماعية .

* ونتيجة للعديد من الملاحظات العيادية والدراسات فقد حدث تعديل فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المراجع (DSM III R, 1987) حيث إعيدت صياغة زملة التوقع الإدراكى ضمن محكات تشخيص القلق العام . مع مراجعة فى الإعراض المصاحبة ليتم ضرورة وجود ستة أعراض على الأقل من بين ثمانية عشر عرضا يشكلون فيما بينهم ثلاث زملات وهى :

١ – التوتر الحركى .

٢ – النشاط الذاتى المفرط .

٣ – التنبيه والفحص الدقيق أو الإحاطة .

إضافة إلى وضع محك المعاناة من الإنزعاج الشديد لفترة زمنية لا تقل عن (٦) أشهر أو أكثر .

ب – فى الطبعة الرابعة DSM IV , 1994 تمت مراجعة محكات إضطرابات القلق العام مراجعة دقيقة وفى الطبعات التى تلت ذلك (أخرها عام ٢٠٠٠) فقد تم إجراء العديد من التعديلات فى الأعراض (المناسبة لإمكانية التشخيص (من ١٨ إلى ٦ أعراض فقط) وغيرها من التعديلات .

(تيموثى براون وآخرون ، ٢٠٠٢ ، ص ص : ٣٣٦ – ٣٤٠) .

المحكات التشخيصية لإضطراب القلق العام :

وفقا للدليل الأمريكى التشخيصى والإحصائى الرابع لتصنيف الإضطرابات النفسية يضف القلق العام كالآتى :

أ – قلق وإنزعاج شديد (توقع إدراكى) يدور حول عدد من الاحداث أو النشاطات يستمر حدوثة أياما عديدة لا تقل عن ستة شهور .

ب – يجد الشخص صعوبة بالغة فى السيطرة على انزعاجه وتوتره .

جـ – يرتبط القلق والإنزعاج – على الأقل – بثلاثة من الأعراض الستة الآتية:

١ – ملل أو شعور بالضيق وإن الشخص يشعر كما لو أنه على حافة الهاوية ·

٢ – سهولة الشعور بالتعب والإرهاق ومن أقل مجهود يبذله .

٣ – صعوبة التركيز وإدراك العقل وكأنه قد أصبح (خالى الوفاض) .

٤ – سرعة وسهولة الإستشاره .

٥ – الشعور بشد عضلى وتوتر .

٦ – المعاناة من صورة أو أكثر من إضطراب النوم .

د – لا يتركز القلق أو المعاناة حول إحدى خصائص إضطرابات المحور الأول الأخرى مثل : القلق من التعرض لنوبة هلع (إضطراب الهلع) أو الشعور بالحرج فى المواقف الإجتماعية (الفوبيا الإجتماعية) أو الإتساخ (إضطراب الوسواس القهرى) أو الإبتعاد من المنزل والأقارب (أضطراب قلق الإنفصال) أو نقص الوزن (فقدان الشهية العصبى) أو المعاناه من شكاوى جسمية متعددة (إضطراب التبدين) أو المعاناة من مرض خطير (توهم المرض) ، أو أن يقتصر ظهور القلق وإنشغال البال

أثناء إضطراب الكرب الناتج عن الصدمة .

هـ- إن يؤدى القلق وإنشغال البال أو الاعراض الجسمية المصاحبة إلى معاناه إكلينيكية ملحوظة أو أن يتحلا بالوظائف الإجتماعية المهنية أو غيرها من الوظائف المهمة .

د – إلا يكون الإضطراب نتيجة مباشرة لتعاط مادة (دواء أو مادة مخدرة) أو مرض جسمى (مثل فرط النشاط للغدة الدرقية) والا يقتصر ظهوره على فترات الإصابة باضطراب وجدانى أو إضطراب ذهانى ، أو إضطراب تشوه النمو والارتقاء .
(APA. , IV, 2000)

والقلق يدرج فى التصنيف الدولى العاشر للإضطرابات النفسية والسلوكية ICD-10 كالآتى :

اضطرابات القلق هى الاضطرابات العصابية والاضطرابات المتعلقة بالضغوط ، والاضطرابات الجسمية المظهر ، وقد وضعت هذه الاضطرابات معا فى هذه المجموعة بسبب ارتباطها التاريخى بمفهوم العصاب .

وهذه المجموعة من الاضطرابات تقسم الى الفئات السبع الآتية :

١ – إضطراب القلق الرهابى Phoblc anxiety disorders

وتشمل أساسا :

أ – رهاب الخلاء .

ب – الرهاب الإجتماعى .

جـ – الرهاب النوعى (المنعزل) .

٢ – إضطرابات القلق الأخرى other anxiety disorders

وتشمل أساسا الفئات الإضطرابية الآتية :

أ – إضطرابات الهلع والقلق النوابى الفجائى الشدة Episodic paroxysmal

ب – إضطراب القلق المعمم .

جـ – اضطراب القلق والاكتئاب المختلط .

د – اضطرابات القلق المختلفة الاخرى .

هـ - اضطرابات القلق النوعية الاخرى .

٣ - اضطراب الوسواس القهرى Obsessive compulsive

ويشمل الافكار والافعال القهرية المسيطرة والطقوس الوسواسية obsessional rituals

٤ - رد الفعل للضغوط الشديدة واضطرابات التوافق

Reactionto severe stress and adjustment disorders

وتشمل أساسا الفئات الآتية :

أ - رد الفعل الحاد للضغوط .

ب اضطراب الضغوط التالى على الصدمة .

جـ - اضطرابات التوافق (رد الفعل الاكتئابى القصير ، رد الفعل الاكتئابى الممتد ، رد فعل القلق والاكتئاب المختلط ، ومع اضطرابات انفعالية اخرى مسيطرة ، ومع اضطراب سلوك مسيطر، ومع اضطراب انفعالات وسلوك مختلط ، ومع اعراض مسيطرة أخرى محددة النوعية ، وردود فعل أخرى للضغوط الشديدة) .

٥ - الاضطرابات التفككية (والتحولية) . Dissociative (conversion)

وتشمل الفئات الآتية :

أ - فقدان الذاكرة التفككى (أو النساوه) Dossociative Amnesia

ب - الشرود التفككى Dlsseminative Fugue

جـ - اضطرابات النفسية (أو الغشاوه) والتلبس

Trance and possession disorders

د - الاضطرابات الحركية التفككية Dissociative

هـ - الذهول التفككى Dissociative

و - التشنجات التفككية Dissaciative convulsons

ز - الحذر التفككى والفقدان الحسى

Dissociative anesthesia and sensory loss

حـ - الاضطرابات التفككية المختلطة

Dissociatve mixed disorders

ط - الإضطرابات التفككية الأخرى ك مثل

١ - اضطراب الشخصية المتعدد Ganser's sgndrom

٢ - وغيرها من الاضطرابات .

٦ - الاضطرابات الجسمية المظهر : Somatoform Disorder

وتضم الفئات الآتية:

أ - اضطراب الاستغراق الجسدى Somati2ationdisrders

ب - الاضطراب الجسمى المظهر غير المميز Ubdifferentiated disorde

جـ - اضطراب توهم المرض Hypochondriacap disorder

د - اختلال مظهر الجسم الوظيفى

Somatororm autonomic dysfunction

وتضم هذه الفئة : رد الفعل الحاد للضغوط التالية على الصدمة ، واضطرابات التوافق (رد الفعل الاكتئابى القصير ، رد الفعل الاكتئابى الممتد ، رد فعل القلق والاكتئاب المختلط ، مع اضطراب انفعالات اخرى مسيطرة ، ومع اضطراب سلوك مسيطر ، وردود فعل اخرى للضغوط الشديدة .

٧ - الاضطرابات العصابية الاخرى : Other neurotic disorders

وتضم الفئات الاضطرابية الآتية :

أ - عصاب الوهن النفسى أو الاجهاد neurasthenia

ب - زملة اختلال الانية واختلال إدراك الواقع

Depersonali2ation, derali2ationsyndrome

جـ - اضطرابات عصابية نوعية أخرى :

(W H O , 1992 pp. 132 - 175)

وعلى الرغم من التقارب بين الفئات التشخيصية للقلق فى الدليل التشخيصى والاحصائى الرابع (D S M IV 2000) والتصنيف الدولى العاشر (I C D, 10) لمنظمة الصحة العالمية إلا أن الدليل التشخيصى والإحصائى يظل الاكثر وضوحا ، وبالتالى استخداما فى التشخيص فى العديد من دول العالم .

القلق وما يرتبط به من مفاهيم :

١ – حـــالة القلق : State Anyiety وســمــة القلق Trait Anxiety يذكــر سبيلبيرجر أن كثيرا من الغموض والخلط المرتبط بمعنى القلق ومفهومه ينتج عن عدم التمييز فى إستخدام هذا المصطلح للإشارة إلى أثنين من المفاهيم البنائية Counstroct المرتبطة معا برغم أنها مختلفة ، إذ غالباً ما يستخدم مصطلح القلق بمعنيين :

الأول : لوصف حالة إنفعالية غير ساره تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والكدر أو الهم وتنشيط (أو إثارة) الجهاز العصبى اللارادى أو المستقل . وتحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص منبها معينا أو موقفا على أنه يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له .

ثانيا : يستخدم مصطلح القلق ليشير إلى فروق فردية ثابتة نسبيا فى الإستهداف للقلق Proneness بوصفة سمة فى الشخصية، ولا تظهر سمة القلق مباشرة فى السلوك أو إن كان يمكن استنتاجها من تكرار أرتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن وشدة هذه الحالة ، كما أن الاشخاص ذوى الدرجة المرتفعة فى سمة القلق كالعصابيين مثلا قابلون لإدراك العالم على أنه خطر ومهدد أكثر من الأفراد ذوى الدرجات المنخفضة فى سمة القلق .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ١٩ – ٢٠)

٢ – القلق والخوف :

عادة ما يكون الخوف والقلق وحده ملتصقه ، لكن هناك بعض الفروق ما بين القلق والخوف يلخصها أحمد عكاشة فى الجدول الآتى :

محاور المقارنة	القلق	الخوف
السبب والموضوع	مجهول	معروف
التهديد	داخلى	خارجى
التعريف	غامض	محدد
الصراع	موجود	غير موجود
المدة	مزمنه	حادة

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٠٨)

كما أن القلق الشديد تصاحبه مجموعة من التغيرات الفسيولوجية تتمثل فى زيادة ضغط الدم ، ضربات القلب ، توتر العضلات ، مع تحفز وعدم إستقرار وكثرة الحركة ، أما الخوف الشديد فيصاحبة تغيرات فسيولوجية تتمثل فى إنخفاض ضغط الدم وضربات القلب وإرتخاء فى العضلات مما يؤدى أحيانا إلى حالة إغماء .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ١٠٧)

- القلق والوسواس القهرى :

اثبتت العديد من الابحاث الدراسات وجود علاقة ما بين القلق وإضطراب الوسواس القهرى تتلخص فى :

أ - إن القلق هو الاساس فى إضطراب الوسواس القهرى والدليل أنه فى العلاج بالغمر ومنع الإستجابة يحدث إنطفاء أو تلاشى من الخوف أو القلق الشرطى .

ب - هناك علاقة ما بين القلق وحدوث كل من التفكير الوسواسى والفعل القهرى ، وإن مريض الوسواس يفوز لديه (عامل القلق) ولذا لا يستطيع أن يمنع نفسه من تكرار السلوك .

حـ- إن القلق تقل حدته حين يقوم مريض الوسواس بتكرار أو تنفيذ الفعل القهرى .

وكل ما سبق يؤكد حقيقة أن القلق المرضى هو المكون الإساسى فى إضطراب الوسواس القهرى (بكافة صورة وأشكاله) .

(أحمد عبد الخالق ٢٠٠٢ ، ص ٢٠٢ - ٢٠٦)

٤ - القلق السوى والقلق المرضى :

فى الغالب يكون **القلق السوى** خارجى المنشأ وهو الذى يخبره الفرد فى الأحوال الطبيعية كرد فعل للضغط النفسى أو الخطر ، أى عندما يستطيع الفرد أن يميز بوضوح شيئا يهدد أمنه وسلامته . (دافيد شيهان ، ١٩٨٨ ، ١٧ - ١٨) فى حين يكون **القلق المرضى** داخلى المنشأ أو لذا فهو خوف مزمن من دون مبرر موضوعى مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير ، فهو قلق مرضى Morbid يسمي أحيانا بالقلق الهائم الطليق Free Floating Aniety والقلق المرضى هو العرض المشترك والظاهرة الإساسية والمشكلة المركزية فى كل الإضطرابات العصابية .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ١٥ - ٦١)

٥ - قلق الموت : Death Anxiety

قلق الموت إستجابة إنفعالية مكدرة ، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول ما يتصل بالموت والإحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٥ ، ص ١١٩)

٦ - قلق الإحتضار : Dying Anxiety

قلق الإحتضار يحدث نتيجة للخوف من هذه (العملية غير المنتهية) وما يتنازع الشخص فيها من أمل فى ألا يكون هذا هو المرض الأخير أو اليأس والقنوط من الشفاء .. وقد يغزى هذا القلق بعض الإعتقادات الدينية المتصلة بخروج الروح من الجسد وما يستلزمه خروجها من حشرجة وكرب ومشقة وهلع .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٥ ، ص ص ١٢٦ - ١٢٧)

الأعراض الأكلينيكية للقلق النفسى :

نستطيع حصر الأعراض الإكلينيكية للقلق النفسى فى نوعين من القلق لكل منهما أعراضه الخاصة :

١ - القلق الحاد : وأعراضه النفسية تتلخص فى :

أ - حالة الخوف الحاد : Panic State حيث يظهر التوتر الشديد والقلق الحاد المصحوب بكثرة الحركة أو عدم القدرة على الإستقرار مع سرعة التنفس ، والكلام السريع غير المترابط .

ب - حالة الرعب الحادة : Terror State وأهم ما يميز هذه الحالة هو عدم الحركة والسكون المستمر مع تقلص العضلات والإرتجاف مع ظهور عرق بارد غزير.

جـ- إعياء القلق الحاد : Anietg Exhaustion Syndrome

مع إستمرار القلق يصاب الفرد بإجهاد جسيم ، ويصاب بالأرق الشديد لعدة أيام، وينعكس هذا الإعياء على وجه وسلوك وانفعالات ولغة الشخص المنهك .

٢ - القلق المزمن : وهو مرحلة تالية من الإصابة تنتج من خلال استمرار القلق لمدة طويلة دون علاج وله العديد من الأعراض والعلامات .

أ - الأعراض الجسمية : حيث تتأثر جميع أجهزة الجسم الحشوية ولذا من المتوقع أن يشكو الشخص من عديد من الأعراض الخارجية : بالجهاز القلبى الدورى ، الجهاز الهضمى ، الجهاز التنفسى ، الجهاز العصبى ، الجهاز البولى والتناسلى ، الجهاز

العضلى ، الجلد ، جهاز الغدد الصماء .

فى حين تكون **الأعراض النفسية** : الخوف ، التوتر أو التهيج العصبى ، ضعف القدرة على التركيز ، فقدان الشهيه للطعام ، تناول الخمر أو العقاقير المنومة أو المهدئة، الأمراض السيكوسوماتية .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ١١٢ - ١١٩)

أسباب القلق :

نستطيع حصر أسباب القلق فى العوامل والأسباب الآتية :

أولا : العوامل البيولوجية : وقد تم حصرها فى العوامل الآتية :

١ - زيادة نشاط الجهاز العصبى الذاتى ولاسيما الشق السيمبثاوى .

٢ - زيادة إطلاق مواد الكاتيكول أميد Catecholammines فى الدم .

٣ - إرتفاع نسبة نواتج أيض النور أدرينالين .

٤ - إنخفاض الفترة الفاصلة بين بدء النوم وظهور حركة العينين السريعة أثناء النوم (نوم الأحلام) وإنخفاض مدة مرحلة النوم الرابعة (النوم العميق) كما فى الإكتئاب .

٥ - إنخفاض تركيز حامض (جاما بيوتيريك) مما يؤدى إلى زيادة نشاط الجهاز العصبى المركزى .

٦ - إزدياد ناقل السيروتونين العصبى بسبب القلق ، وإذدياد النشاط الدومامين المرتبط بالقلق .

٧ - ظهور بؤرة نشطه فى الفص الصدغى .

٨ - إزدياد نشاط البقعة الزرقاء الموجودة فى النخاع المستطيل (حركة العصبونات النور أدرينااليه) (Kaplan. H. & Sadock, B , 1996)

ثانيا : النظريات النفسية والقلق :

تتعدد النظريات والإجتهادات التى قدمت لتفسير كيفية نشوء القلق وربما كل نظرية لها وجهة نظر فى القلق ، وسوف نقتصر على إبراز بعض النظريات التى قدمت لأسباب القلق .

١ - **فرويد والقلق :** نستطيع أن نلخص وجهة نظر فرويد (مؤسس مدرسة التحليل النفسى فى القلق فى :

* يرى فـــرويد أن هنـاك ثلاثـة أنواع للقلق هـى : القلق الواقـــعى ، والقلق الأخلاقى، والقلق العصابى .

* وإن الفرد حين يفشل فى مواجهة القلق فإنه قد يلجأ إلى العديد من وسائل وآليات للدفاع ضد مخاطر القلق .

* وإن هناك علاقة وثيقة بين الكبت الجنسى والقلق ، وكذلك الصراع الاول بين الطفل وأحد الوالدين من الجنس المخالف .

* كما ربط فرويد بين القلق والحرمان أو التهديد به وبين خطر الاخصاء الذى يثير القلق فى المرحلة الاوديبية (القضيبية) ، كما ربط بين القلق وبين الخوف من الانا الاعلى والخوف من نبذ المجتمع .

* كما فرق فرويد بين العصابى أو المرضى والقلق الموضوعى فالأول ينتج من خطر كـــامن فى الدوافع الغـــريزية الفطرية فى حين أن الثـــانى (أى القلق الموضوعى) يكون ناتجا أو كامنا فى العالم الخارجى وحين يدرك الفرد أنه عاجز عن مواجهة أخطار العالم الخارجى فأنه يستشعر نوعا من القلق .

(Davison & Neale, 1994 , PP. 25 - 36)

ب – يونج ووجهة نظره فى القلق :

* أختلف يونج **Jung** مع فرويد فما يتعلق بمفوم الليبيدو والجنس أساسا . وافترض أن هناك مستودعا كبيرا للطاقة عامة غير متمايزة تنبثق منها القوى الدافعة للإنسان فى حياته ، وأدخل مفهوم اللاشعور الجمعى ويرى أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادره عن اللاشعور الجمعى .

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠١ ، ٧٢ – ٧٣)

هـ– أوتورانك ووجهة نظره فى أسباب القلق :

يرى أوتورانك Otto Rank إن صدمة الميلاد (عملية الولادة فى حد ذاتها) مصدرا لمعظم القلق الذى يشعر به الفرد فى مقتبل حياته وعلى أساس التهديد بأنه منفصل عن مأوى الحب والأمن . ويرى (أوتورانك) أن الإرادة ه اهم قوة حيوية فى تكامل الشخصية أو تفككها . وأن العصابى شخص معتمد وغير ناضج انفعاليا ولم تتطور أمكانياته من الضبط ومن تأكيد الذات ٠

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٠٠)

أما أصحاب مدرسة السلوكية (أمثال بافلوف ، ميللر ، باندورا .. الخ) فأنهم يلخصون اسباب القلق فى :

أ - ينتج القلق من الاحباط أو الضغوط النفسية التى يتعرض لها الفرد •

ب - بمجرد المرور بخبره (ساره أو مؤلمة) فأنها تتحول إلى إستجابة مشروطة ترتبط (عن طريق التعميم) بمواقف أخرى أقل شده واحباطاً واحداثا للضغط النفسى.

جـ- يتم تعلم القلق من خلال التوحد بالوالدين ، أو تقليد أنماط القلق الخاصة بهما (على سبيل المثال نظرية التعلم الإجتماعى لباندورا) .

د - يرتبط القلق بالمؤثرات (المثيرات) الطبيعية الخارجية المخيفة مثل الخوف من الحوادث أو التعرض لها ، ثم ينقل من خلال مثير آخر من خلال الفعل الشرطى فيؤدى ذلك إلى ظهور الفوبيا لذا لا عجب أن نجد (القلق) هو المركز والمنطلق الاساسى خلف كافة أنواع الإضطرابات العصابية .

(Kaplan. H. & Sadock,B. , 1996)

- كما أكد البعض على أهمية ضرورة أخذ الضغوط البيئية فى الإعتبار وهناك نوعين من الضغوط وهما :

أ - الضغط المباشر الذى تسببه الأشياء التى تحدث إختلالا للفرد فى بيئته الخارجية (طلاق ، موت ، رسوب ، مرض خطير .. الخ) •

ب - الضغط غير المباشر : والذى يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضيتن وعدم الحسم (عين فى الجنة وعين فى النار) ، (يتمنعن وهن الرغبات) ، (نفسي فيه وأقول إخيه) .. الخ .

بيد أن الضغوط وحدها قد لا تسبب القلق واضطرابه بل أن اشتدادها واستمرارها، وتشابكها ، ونقص المقاومة وغياب التشجيع والمساندة من البيئة .. كل ذلك وغيره قد يؤدى إلى (فاعلية) الضغوط على الشخص وبالتالى حدوث إضطرابات القلق .

(دافيد شيهان ، ١٩٨٨)

علاج القلق : تتعدد المداخل التى تتعامل مع اضطراب القلق العام ويمكن تلخيصها فى النقاط الآتية :

أ - العلاج الدوائى :

١ - الديازيبام (الفاليوم) .

٢ – التوفرانيل (مضاد اكتئاب) .

٣ – الالبرازولام (زاناكس) .

٤ – البارنات (احد مثبطات خميرة أمين الاوكسيداز الاحادية) .

٥ – بيوسبار .

٦ – الايندرال (منظم ضربات القلب) .

٧ – الكلونازايام .

٨ – الكلوميبرأمين .

٩ – الفلوكزتين (البروزاك) .

(Kaplaln. H. & Sadock,B., 1996)

ب – العلاج النفسى : وتتعدد صور العلاج النفسى وفقا للمدرسة التى ينتمى إليها المعالج ، بل من الممكن أن نجد اختلافات داخل المدرسة الواحدة ، وسوف نشير فى عجالة إلى بعض الإسهامات فى مجال العلاج :

أ – المدرسة التحليلية النفسية :

حيث يرى فرويد إن السلوك الشاذ تعبير عن صراعات نفسية داخلية ، وهو يعتقد أن كل شخص (يكبت) أو يدفع من الشعور والخبرات المؤلمة والمثيرة للقلق فضلا عن الرغبات والصراعات وعندما تكبت هذه المواد تصبح لاشعورية ، ومع ذلك فهى تؤثر فى السلوك الشخصى والإجتماعى للأفراد دون أن يكونوا على وعى بالسبب الحقيقى لأفعالهم واقوالهم ومن ثم يتلخص الهدف من العلاج فى جعل ما هو لاشعورى شعوريا ويقع علي عاتق المعالج أن يساعد المريض على اكتشاف الذكريات والدوافع والصراعات المكبوته التى يفترض إنها تحدد سلوك المريض ويجعله المعالج على وعى بها عن طريق استخدام العديد من القنيات العلاجية .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ٤٨ – ٤٩)

٢ – العلاج السلوكى : حيث نجد العديد من الأساليب العلاجية مثل :

أ – العلاج بالإسترخاء (سواء) الإسترخاء العضلى أو النفسى)

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨)

وسوف نطيل الحديث قليلا عن الاسترخاء relaxation إذ إن تعلم الاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة تمكن المعالج والشخص العادى من إستثمارها فى اغراض عديدة منها :

١ - إمكانية إستخدام الاسترخاء مع أسلوب التطمين التدريجى فى المواقف المثيرة للقلق .

٢ - يستخدم الاسترخاء بوصفه أسلوب من أساليب العلاج الذاتى والضبط فى حالات القلق الفعلى .

٣ - يستخدم الاسترخاء مع العلاج بطريقة السيكودراما وخاصة حين يطلب المعالج من المريض تمثيل دور شخص ما عادة ما يكون مصدر القلق لديه عالياً أو مرتفعاً .

٤ - يستخدم الاسترخاء للمساعدة مع تغيير الاعتقادات الفكرية الخاطئة ، ومن ثم علاج القلق والمخاوف وتوهم المرض .

٥ - يمكن أن يستخدم الاسترخاء فى علاج كثير من الاشكال المرضية كعلاج الضعف الجنسى .

٦ - يستخدم الاسترخاء فى التخفيف من بعض الأمراض العضوية ، أو تخفيف حدة الآلام مثل .

الروماتيزم والألم المزمن ، الصداع النصفى ، الآم الظهر ، الآم الرقبة ، إرتفاع ضغط الدم ، الإرهاق بعد النشاط العقلى المستمر ، الاكتئاب ، القلق ، اضطرابات النوم مع كبار السن ، الأطفال ذوى المشاكل المتعددة .

(Karen & syrjala, 1999 ، عبد الستار إبراهيم ١٩٩٨)

أنواع الرسترخاء :

تتعدد أنواع الإسترخاء العضلى مع ملاحظة أن هناك تداخلا بينها ، وان المعالج يستخدم نوعا معينا من الإسترخاء يتناسب مع حالة الفرد .

ولعل أهم أنواع الإسترخاء :

١ - الإسترخاء العميق .

٢ - الإسترخاء الموجز .

٣ - الإسترخاء المتدرج .

٤ - الإسترخاء العصبى العضلى التأثيرى .

٥ - الاسترخاء المتباين .

٦ - الإسترخاء السريع .

٧ - الإسترخاء المصغر .

(أمثال هادى ، أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ص ٢٧٧ - ٢٧٨)

تعليمات تمرين الإسترخاء العضلى العميق

ولقد إستخدم كاتب هذه السطور تمارين الإسترخاء مع فئات إدمانية تميزت بالقلق الشديد وكانت النتيجة جيدة فيما يتعلق بإستخدام الإسترخاء .

إذا كان الشخص يجلس على كرسى ، متحرك ، دعه يحرك ظهره للوراء حتى يتخذ وضعاً مريحاً ، وأطلب منه أن يريح ذراعيه ويديه علي المسندين وأن يمد ساقيه للأمام . أشرح له بالحركة التمارين العضلية المطلوبة ودعه يخلع النظارة أو العدسات اللاصقة .

إرخاء اليدين والذراعين :

إجلس مستريحا فى الكرسى .... أغمض عينيك حتى تتمكن من التركيز .. ضم أصابع يديك اليمنى على شكل قبضة ... شد عضلات اليد أكثر وأكثر ... ركز على الشد الذى تحس به فى عضلات اليد ... إستمر فى اصابعك ولاحظ الشد العضلى فى يدك وساعدك ... والآن استرخى ... زرخى عضلات أصابع يدك اليمنى ولاحظ الفرق فى الإحساس والعضلات مشدودة وبعد إرخاتها ... مرة أخرى ضم أصابع يدك المبنى بشدة إستمر فى الشد ... والآن أرخى أصابع يدك وإفرد الأصابع ... لاحظ الفرق مرة أخرى بين إحساس عضلات اليد المشدودة وإحساسك بها وهى مسترخية ... (نفذ التعليمات لليد اليسرى مرتين) ... إستمر فى إرخاء يذيك .

والآن أترك يديك مسترخيتين تماما ، وننتقل إلى عضلة الذراع اليمنى ... أثنى كوعك الأيمن ... شد عضلة الذراع الآمامية اليمنى وعضلات الساعد الأيمن ... شد العضلات بقوة أكبر ركز على الإحساس بالشد ... والآن إفرد ذراعك الأيمن وإرخيه تماما ولاحظ الفرق بين إحساس الشد والإرخاء وأترك ذراعك المسترخى فى وضعه النريح على مسند الكرسى تكرر مرة أخرى (نفذ التعليمات بالنسبة للذراع الأيسر) والآن لاحظ زيادة شعورك بإستخاء اليد الميمنى ... اصابع اليد اليمنى ... الساعد الأيمن والذراع الأيمن ... وكذلك لاحظ زيادة شعورك بإسترخاء اليد اليسرى ... أصابع اليد اليسرى ... الساعد الأيسر والذراع الأيسر ... ذراعك ويدك مسترخيان تماما ... أو الآن سنترك الذراعين واليدين مسترخيتين فى وضع مريح على المسندين وننتقل إلى منطقة الرأس .

إرخاء الجبهة والعينين والوجه والرقبة والكتفين :

سنبدأ بالجبهة ... حتى تشد عضلات الجبهة ، قطب جبينك ... قطبة بصورة

أشد ... أجعله مشدوداً وكأنك تكشر وجهك .. والآن ارخى عضلات الجبين .. وتخيل أن جبينك أصبع ناعما مع زيادة إسترخائه (نفذ التعليمات مرة أخرى) ... والآن ننتقل للعينين ... أغمض عينيك بقوة أكثر وأكثر .. لاحظ إحساس توتر عضلات العينين ... والآن أرخى عضلات العينين وإستمر فى أغماضهما .. لاحظ إحساس إسترخاء عضلات إسترخاء عضلات العينين ... والتوتر يختفى ويحل محله إحساس بإسترخاء أكبر وعينك كغمضتان ومستريحتان (مرة أخرى) ... جسنا ... ننتقل الآن إلى باقى الوجـه ... ركـز على على أسنانك ولاحظ توتر عـضلات الفكين ... والآن إرخى عضلات الفكين والوجه تماماً ... والآن ركز علي عضلات الرقبة ... أضغط برأسك إلى الخلف على ظهر الكرسى بشدة ... لاحظ التوتر ... إرخى الرقبة ودع رأسك يعود إلى وضعه السابق المريح ... ننتقل الآن إلى الكتفيم ... أرفع كتفيك إلى أعلى مع شد عضلاتهما ... استمر فى الشد ... إرخى الكتفين ... دع الإسترخاء يزيد فى الرقبة والكتفين ... ارفع كتفيك مرة أخرى ... لاحظ توتر عضلات الكتفين وأعلى الظهر ... إرخى الكتفين واسترخى تماماً ... دع الإسترخاء ينساب فى كتفيك وظهرك ... إرخى عـضلات الرقبة والكتـفين ... والجبهة والعينين وكل الوجـه ... ننتقل الآن إلى الصدر والبطن .

إرخاء الصدر والبطن :

تنفس ببطء وهدوء ... شهيق ... زفير ... لاحظ كيف زاد إسترخاء جسمك ... لاحظ إحساس الإسترخاء أثناء تنفسك المريح ... والآن أكتم نفسك ... لاحظ التوتر المصاحب ... أطرد الهواء من صدرك تاركا عضلاتالصدر تسترخى وتطرد الهواء بنفسها ... إستمر فى التنفس المريح والمنتظم ... إستمر فى الإسترخاء ... لاحظ إسترخاءك وإستمتع به ... والآن تنفس بعمق وأكتم النفس مرة أخرى ... حسنا أترك الهواء يخرج من صدرك ولاحظ إحساسك بالراحة ... تنفس بصورة طبيعية ... استمر فى إسترخاء عضلات الصدر ... ودع الإسترخاء ينشر إلي كتفيك ورقبتك ووجهك وذراعيك ... أترك نفسك تسترخى وإستمتع بالإسترخاء ... والآن ننتقل إلي عضلات البطن ... شد عضلات البطن بقوة ... لاحظ التوتر ... إرخى عضلات البطن ... الآن ... دع العضلات تسترخى ولاحظ الفرق بين الشد والإسترخاء (مرة أخرى) .

إرخاء الساقين والقدمين :

شد عضلات ساقيك وقدميك ... إثنى قدميك إلى أسفل بعيدا عن جسمك حتى

تشد عضلتى مؤخرة الساق (لفترة وجيزة حتيلا يصاب العميل بالشد العضلى) ... والآن إرخى العضلات ... دع الإسترخاء يكون بنفسه (مرة أخرى) حسنا ... إرخى عضلات الساقين والقدمين ... والآن تستطيع مضاعفة الإسترخاء بمجرد التنفس مرة واحدة بعمق وطرد الهواء من الصدر ببطء ... نفس عميق ... إملأ صدرك بالهواء ثم أطرد الهواء ببطء ... إستخدام هذه الطريقة لتصل إلى مستوى الإسترخاء الذى تريده ... ستستخدم التنفس فى المستقبل كإشارة سريعة لأحداث الإسترخاء ... مرة نفس عميق ودع الإسترخاء ينتشر فى جسمك ... فترخى يديك وذراعيك ووجهك ... وعضلات الرقبة والكتفين ... والبطن ... والساقين والقدمين .

التعليمات الخاصة بتخيل المشهد التسكينى :

إنهاء الإسترخاء :

سأقوم بعد لحظة بالعد بالعكس من ٣ إلى ١٠٠ عندما أصل إلى ١ ستشعر بالإنتباه والراحة بدون أى إحساس بالوجع أو الآلم ... حسنا ٣ أكثر إنتباه ٢٠٠٠ بدون آلم أو وجع ١ منتعش ويقظ (وقفه تتيح للعميل فرصة إستعادة تركيزه) إذا لم ينتبه بعض العملاء فى الجلسة الجمعية ، يضيف المعالج ليفتح الجميع عيونهم) والآن أجلس لو سمحت .

الإسترخاء بدون الشد العضلى

إجلس مستريحا فى كرسيك ... أغمض عينيك حتى تركز جيداً ... والآن ركز على إرخاء العضلات المختلفة ، ولنبدأ بإرخاء أصابع اليد اليمنى ... إرخيها بصورة أكبر ودع الإسترخاء يمتد ليشمل اليد اليمنى كلها ثم للساعد الأيمن ... والآن أعلى الذراع الأيمن .

والآن إرخى أصابع يدك اليسرى ... اليد كلها ... إجعل الإسترخاء يشمل الساعد الأيسر والآن الذراع الأيسر ... إسترخاء يشمل اليدين ... الذراعين .

خذ نفس عميق وأطرد الهواء من صدرك ببطء ، إستخدم هذه الطريقة لزيادة الإسترخاء ... ثم تنفس بطريقة طبيعية .

والآن ويدك وذراعاك مسترخيان ، سنركز على إرخاء جبينك ... دع التوتر والتقلصات تختفى به ... دع الإسترخاء ينتشر إلى عينيك ... وجهك كله بما فى ذلك الشفتين والفكين ... تحس بإسترخاء أكبر وإختفاء التوتر من كل الرأس والوجه .

دع الإسترخاء ينزل إلى الرقبة والكتفين ... إحساس بإسترخاء المريح يحل

محل التوتر فى هذه الأجزاء ... دع الإسترخاء ينزل إلى صدرك .. بكفك ... الساقين والقدمين ... إسترخاء أكثر ... خذ نفس عميق مرة أخرى للتخلص من بقايا التوتر .. أطرد الهواء ببطء لتحس بالتوتر يغادر جسمك ... تنفس بصورة طبيعية ... راحة وإسترخاء فى كل جسدك... خذ نفس عميق ٣ مرات وأطرد الهواء ببطء حتى يزداد الإسترخاء بصورة أكبر ... أنت الآن مسترخى ... ويستمر الشعور بالإسترخاء .

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٥ ، ص ص ١٦٨ – ١٧٣)

ب – **العلاج عن طريق الكف المتبادل** (لجوزيف وولبى) . والذى يرى أن القلق هو الأساس والمحور فى الإضطرابات العصابيه ، وقبل أن نشرع فى علاج القلق لابد من تحديد أمرين :

الأول : شكل إستجابات القلق والإستجابات الثانوية المترتبة عليه .

الثانى : معرفة المنبهات المثيرة لهذه الإستجابات والظروف التى تحدث فيها وأنه من خلال طريقة التقليل المنظمة للحساسية أو التسكين المنظم Systematic Desensitisation أو تكوين مدرج القلق Anxiety Hierarchy تستبدل استجابة القلق باستجابة الإسترخاء ، ومع مواصلة العلاج ينتهى القلق .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ٥١ – ٥٥)

وغيرها من العلاجات لنفسية التى ذكرها تفصلا (تيموثى براون وآخرون ، ٢٠٠٢ ، ص ص ٣٣٣ – ٤٦٨) وأحمد عكاشة الذ ى ذكر العلاجات الآتية :

- العلاج البيئى والإجتماعى.
- العلاج الكهربائى .
- العلاج الجراحى .
- الاعادة الحيوية ·

(أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ١٢٢ – ١٢٤)

المسار والمـآل :

يتحدد مآل إضطراب القلق العام من خلال المحكات الآتية :

١ – تعرض الفرد لنوبة واحدة أو عدة نوبات .

٢ – مدى إستجابة الفرد للعلاج من عدمه .

٣ – وجود تاريخ عائلى من عدمه مع إختفاء (أو عدم إختفاء) الأعراض

العصابية فى العائلة .

٤ – شخصية متكاملة ثابته سويه قبل المرض أم لا .

٥ – تعرض الفرد لإضطرابات نفسية سابقة على اضطرابه الحالى من عدمه .

٦ – حدة بداية المرض بمعنى هل ظهر المرض حاد أو عاتيا أم ظهر تدريجيا.

٧ – ذكاء الفرد .

والعوامل السابقة نستطيع أن نستنتج منها العوامل التى تؤدى الى مآل حسن أو مآل سيئ .

(أحمد عكاشة ،١٩٩٨ ، ١٢١)

لكن بعض الدراسات ترصد مآل أضطراب القلق العام فى :

١ – مسار مزمن و إنحسار الأعراض مع تقدم سن المريض .

٢ – قد يصاب المريض بالاكتئاب الثانوى بمرور الوقت وخاصة إذا تم ترك الفرد بلا علاج .

(Kaplan, H. & Sadock, B. , 1996)

٢ – إضطراب الرهاب Phobia Disorder

أ – مدى إنتشار إضطراب الرهاب :

تتعدد نسب إنتشار الرهاب تبعا للعديد من الدراسات

* إذ قدر فى بعض الدراسات بنسبة ٥ر١ – ٤ ٪

* نسبة الإصابة ١ : ١٠ أذا لم كن مصحوبا بالاجورا فوبيا

* بينما تكون نسبة الإصابة ١ : ٢ إذا كانت تصاحبه

* وإن الإناث أكثر إصابة بهذا الإضطراب مقارنة بالذكور

* وإن سن بداية الإضطراب تكون فى الغالب أواخر العشرينات

* وإن الدراسات التى تناولت التاريخ الأسرى للإصابة بهذا الإضطراب قد أوضحت إن ٢٠ ٪ من أقارب الدرجة الأولى لمرضى الاجورافوبيا يعانون من المرض نفسه

(Kaplan, H. & Sadock, B. 1996)

* فى حين وجدت دراسات أخرى إن الإضطرابات النفسية التى يكون الحصر هو العرض الأكثر شيوعا فيها تصل نسبته إلى ١٧ ٪ من الأشخاص فى أمريكا حيث

المعاناة على الأقل من شكل واحد من أشكال إضطرابات الحصر .
(Kcesslen , et al , 1994)

* فى حين قدر أحمد عكاشة أن إضطراب الرهاب بين مجموع الشعب المصرى بنسبة ٢ – ٥ ٪ مما يجعل إنتشاره أكثر من التوقعات السابقة ، وتشير الإحصائيات إلى أن ٣٠ – ٥٠ ٪ من المرضى المترددين على أطباء القلب واللذين لايوجد بهم أدله كافيه على مرض فى الشرايين التاجية يعانون من إضطراب الرهاب.
(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

* وعادة ما يبدأ الإضطراب فى أوائل العشرينات من العمر ويبدأ الفرد من الشكوى فى أواخر العشرينات جتى تتضح بصورة جلية الآعراض كما اوضحت دراسة
(Kaplan. H. & Sadock, B., 1996)

* وتوجد علاقة بين إضطراب الرهاب وإضطرابات نفسية أخرى أهمها الإكتئاب، وسوء إستعمال المواد مثل الكحول والمهدئات ، ومحاولات الإنتحار (حوالى ٢٠ ٪) ، كذلك يصاحب إضطراب الهلع فى حوالى ١٥ – ٢٠ ٪ من حالات تدنى الصمام الميترالى ٠ (أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ . ١٢٦ – ١٢٧)

تعريف المخاوف او الفوبيا :

أ – فى موسوعة علم النفس والتحليل النفسى :

فى موسوعة علم النفس والتحليل النفسى(١٩٩٣) نجد تفرقه ما بين مصطلحى خوف Fear وفوبيا Phopia .

* حيث يشير المصطلح الأول إلى إعتبار إن الخوف ليس مرضا (خاصة إذا كانت اسبابه خارجية) بل يعد ذلك إرهاصا بأمكانة تمهيداً لأندلاع المرض .

(حسين عبد القادر ، ١٩٩٣ ، ٣٢٤)

* بينما يشير مصطلح فوبيا إلى خوف شديد مرضى من موضوع أو موقف لا يستشير عادة الخوف لدى عامة الناس واسويائهم ومن هنا اكتسب طابعه المرضي كالخوف من الأماكن المفتوحة والذى يبدو من خوف المريض من البقاء فى الأماكن المفتوحة ، فإذا دخل غرفة أو منزلا لا يستريح إلا إذا أغلق الباب ، وظل قلقا حتى تغلق جميع المنافذ وهكذا .

(حسين عبد القادر ١٩٩٣ ، ص ص ٦٠٤ – ٦٠٥)

ب – فى الطب النفسى : حيث نستطيع تعريف استجابة الخوف كالآتى :

١ - إنها إستجابة غير متناسبة مع الموقف .

٢ - لا يمكن تفسيرها منطقيا .

٣ - لا يستطع الفرد التحكم فيها أراديا .

٤ - تؤدى إلى الهروب وتجنب المواقف المختلفة .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ص ١٣٠)

تصنييف استجابات إضطرابات الرهاب :

إضطرابات المخاوف المرضية هى فئة فرعية لإضطرابات القلق أو الصورة الاساسية هى المخاوف المرضية ، والذى يقود بدوره إلى التجنب ٠

ويحدد الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع DSM IV ثمانية إضطرابات تتميز بالحصر وإستجابات التجنب هى :

١ - إضطرابات الفزع (مع رهاب الأماكن الفسيحة أو بدونه)
Panic Disorder (Withorwithout Agoraphobia

٢ - رهاب الأماكن الفسيحة دون تحديد تاريخ سابق من إضطرابات الفزع
Agoraphobia Withouut History of Panic Disorder

٣ - فوبيا محددة Spocific Phopia

٤ - فوبيا إجتماعية Social Phopia

٥ - إضطراب الوسواس القهرى Obsessive Compulive Disorder

٦ - إضطراب توتر ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress Disorder

٧ - اضطراب التوتر الحاد Acute Stress Disorder

٨ - أضطراب الحصر المعمم أو العام Generali2ed Anxiety Disorder
(DSM, IV, 2000)

تعريف نوبات الرهاب :

يعرف الدليل التشخيصيى والإحصائى الرابع نوبات الرهاب أو الفزع وفقا للمعايير الآتية :

- فترة زمنية محددة تتميز بالخوف والفزع الشديد الذى يظهر بدوره فى أربعة أو أكثر من الأعراض الآتية :

١ - إرتفاع دقات القلب وزيادة سرعته .

٢ – العــرق .

٣ – الإرتجاف .

٤ – مشاعر ضيق التنفس أو الخمول .

٥ – الشعور بالإختناق .

٦ – الآم الصدر ، أو عدم الإرتياح .

٧ – الغثيان أو عدم إستقرار المعدة .

٨ – الشعور بالدوخة وعدم الإستقرار أو الدوار أو الإغماء .

٩ – فقدان الشعور بالواقع أو إنعدام الشعور بالذات.

١٠– الخوف من أن يفقد السيطرة على نفسه أو يصاب (بالجنون) .

١١– الخوف من الموت .

١٢– تشوش الحس (والشعور بأحاسيس من التنميل والوخز) .

١٣– نوبات من السخونه والبرودة (مرة يقول جسمى طالع منه صهد ، ومرة أخر يقول حاسس إن جسمى طالع منه ثلج) .

– إن الأعراض السابقة (بعضها أو كلها) تظهر بشكل مفاجيء .

– إن هذه الاعراض تصل إلى قمتها خلال عشر دقائق .

– إن يشعر الشخص بنوبات فزع متعاقبة غير متوقعة .

– واحده – علي الأقل – من تلك النوبات (السابقة) ينبغى أن تليها فترة شهر على الأقل يعيش الشخص خلالها فى قلق خوفا من أن تعاوده النوبة مرة أخرى .

(APA, 2000)

أنواع المخاوف المرضية :

أ – رهاب الأماكن الواسعة Agor Aphobia

تعرفه :

وهو عبارة عن مخاوف من مغادرة المنزل أو الدخول فى المحال أو الزحام أو الأماكن العامة أو السفر وحيدا فى القطارات او الأتوبيسات او الطائرات ، ويكون إضطراب الهلع سمه متكررة الحدوث فى النوبات الحالية والماضية ، ولذا فهو أشد

إضطرابات الرهاب اعاقه ، حيث أن بعض الأشخاص يظلون حبيسى المنزل تماما .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ١٣٠ - ١٣١)

معايير تشخيص رهاب الأماكن الواسعة وفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

أ - القلق من أن يكون الشخص فى أماكن أو مواقف يكون الهروب منها صعبا أو أن تكون المساعده غير متاحة فى حالة حدوث نوبة ذعر يتم التعرض لها على نحو غير متوقع ومخاوف الأماكن الواسعة تتضمن مواقف متمايزة مثل امكانية السفر بالسيارة أو القطار أو الطائرة ... الخ .

ب - إن المواقف التى يتجنبها الشخص تؤدى إلى توتر ملحوظ ، أو تكون مثيرة للقلق من حدوث نوبة ذعر أو أعراض تشبه نوبة الذعر أو تتطلب الوجود مع الرفقاء للمساعدة .

جـ - إن القلق أو تجنب الرهاب لا يعد من الإضطرابات العقلية الأخرى مثل الرهاب الإجتماعى ، والرهاب البسيط أو المحدد ، أو إضطراب وسواس قهرى أو اضطراب ما بعد الصدمة ، أو إضطراب قلق الإنفصال

(APA, 2000)

ب - الرهاب الإجتماعى : Social Phobia

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الأخرين مما يؤد إلى تجنب المواقف الإجتماعية ، وعادة ما يصاحب المخاوف الإجتماعية العامة تقييم ذاتى منخفض وخوف من النقد . وقد يظهر على شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة باليد أو غثيان أو رغبة شديدة فى التبول ويكون المريض مقتنعا إن واحده من هذه المظاهر الثانوية هى مشكلته الاساسية وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلع .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٣٢) .

معايير تشخيص الرهاب الإجتماعى وفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع:

أ - الخوف الدائم والواضح من موقف أو أكثر من المواقف التى تتطلب الإداء فى جماعة حيث يخاف الفرد من أن يتصرف بطريقة تجعله حرجا ومرتبكا أمام الأخرين ، مع ملاحظة انه مع الأطفال قد توجد هذه الأعراض حسب تطور علاقة الأطفال بأقرانهم الآخرين .

ب - التعرض لأى موقف إجتماعى يثير لدى الشخص القلق على نحو محدد

وثابت تقريبا ، والذ ى يتبدى فى شكل أو أكثر من أشكال نوبات الزعر مع ملاحظة أن الأطفال قد يعبرون عن رهابهم بالفضب أو تجنب المواقف التى تثتثير لدهم وفيهم هذه المشاعر المؤلمة .

جـ- فى الغالب يدرك الشخص أنه خوف غير متناسب مع المواقف التى تحدثه.

د - يتم تجنب المواقف الإجتماعية التى يخاف منها الفرد والتى تكون دائما مليئة بالقلق أو الاسى على النفس .

هـ- يتعارض التجنب أو توقع القلق أو الاسى مع المواقف الإجتماعية أو الاداء المهنى للفرد وعلاقاته الإجتماعية .

و - إذا كان الفرد أقل من (١٨) سنة فيجب أن نتتبع ظهور عرض أو أكثر من اعراض الرهاب لمدة (٦) أشهر على الأقل .

ز - لا يرجع الرهاب أو التجنب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمواد المؤثرة نفسيا (مثل : سوء إستخدام العقاقير ، أو التعرض للعلاج النفسى عن طريق تناول أدوية نفسية) أو نتيجة حالة طبية عامة ، أو المعاناة من أى إضطرابات عقلية أخرى .

حـ - إذا ما وجدت حالة طبية عامة أو إضطراب عقلى آخر فأن الخوف فى المعيار (أ) لا يكون مرتبطا بها ، ويتحدد عموما ما اذا كان الرهاب يشمل معظم المواقف الإجتماعية مع الأخذ فى الإعتبار تشخيص إضطرابات الشخصية التجنبية (حيث تتشابه فى الكثير من أعراضها ومحكات تشخيصها مع محكات وتشخيص التجنب والمخاوف الإجتماعية) .

(APA, 2000)

جـ- الرهاب المحدد : Spoci Fi Phobia

تعريفـــه:

« وهو رهاب يقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل الإقتراب من حيوا نا، الأماكن المرتفعة ، الرعد ، الظلام ، التبول أو التبرز فى مراحيض عامة .. الخ . وبالرغم من أن الموقف المثير محدد إلا أن التعرض له يثير رعبا كما هو الحال فى حالات رهاب الخلاء أو الرهاب الإجتماعى » .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ١٣٤)

معايير تشخيص إضطراب الرهاب البسيط وفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

أ – خوف واضح وبصورة متزايدة بسبب توقع موضوع أو موقف محدد .

ب – التعرض لمثيرات الرهاب التى تستثير استجابة القلق ، والتى قد تأخذ شكل نوبة هلع ولكن بصورة موقفيه (أى مرتبطة بالموقف) مع ملاحظة أن الأطفال قد يعبرون عن قلقهم بالنواح أو بالدخول فى نوبة غضب ، أو الاحتماء بالاخرين (الكبار) .

جـ – إدراك الفرد أن خوفه غير معقول أو متناسب مع الموقف إلا أنه يدرك أيضا أن هذا (أى الخوف) لا يستطيع السيطرة عليه .

د – تجنب الموقف أو المواقف المثيرة للرهاب أو الاستمرا ر فى التعرض لهذه المواقف .

هـ – تتعارض مواقف التجنب أو توقع القلق من خلال توقعة إن يتعامل مع الآخرين ، أو يتعرض لمواقف وموضوعات أخرى .

و – ملاحظة إن الأشخاص أقل من (١٨) سنة يجب أن يستمر عرض أو أكثر من عرض من اعراض المخاوف ولمدة (٦) شهور متصلة .

ز – لا يرجع الرهاب المرتبط بموضوع أو موقف معين إلى إضطراب عقلى أخر مثل إضطراب الوسواس القهرى ، أو نتيجة للإنعصاب التالى على الصدمة ، أو نتيجة قلق الانفصال .

(APA, 2000)

د – الفوبيا النوعية :

التعريف : مخاوف غير مبررة من شئ أو موقف محدد مثل الأماكن المرتفعة والحاجة إلى تجنبها (كمثال)(Kaplan, H. & Sadock , B, 1996)

معايير تشخيص إضطرابات الفوبيا النوعية وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

أ – الخوف الشديد والمتواصل والمبالغ فيه وغير المعقول نتيجة وجود شئ أو موقف محدد أو توقع التعرض له مثل : الطيران ، الإماكن المرتفعة ، الحيوانات ، الحقن ، رؤية الدم .. الخ .

ب – ظهور أعراض القلق عند التعرض للمثير المؤدى إلى الفوبيا فى جميع

الأحوال حيث تتخذ تلك الإعراض شكل نوبة هلع مرتبطة بالموقف أو مترتبة عليه .

ملحوظة : يتخذ القلق فى حالة الطفل صورة البكاء أو تجمد الجسم أو محاولة الالتصاق بالأب والأم .

جـ- يدرك المريض أن مخاوفة مفرطة وغير معقولة

ملحوظة : قد لا يظهر هذا المعيار فى الطفل .

د - تجنب الموقف الرهابى أو تحمله بمشقة وقلق شديدين .

هـ - يؤدى التجنب والترقب القلق للموقف أو المثير والمعاناة التى يسببها إلى إخلال ملحوظ بأنشطة الشخص الروتينية العادية سواء كانت وظائف مهنية أو مدرسية أو أنشطه أو علاقات إجتماعية ، أو الى معاناه شديده نتيجة الاصابة بالفوبيا .

و - يشترط فى الاشخاص الذين تقل اعمارهم عن (١٨) سنة أن تكون حدة الاعراض (٦) شهور على الاقل .

ز - الاتنطبق على القلق ونوبات الهلع والتجنب الرهابى المرتبط بشئ أو موقف معين معايير اضطراب نفسى آخر مثل الوسواس القهرى (الخوف من القذاره فى مريض يشكو من وسواس النظافة) ، أو إضطراب الكرب الناتج عن صدمه (تجنب المواقف والمثيرات المرتبطة بالخبرة الصادمة) أو قلق الانفصال (تجنب المدرسة) أو الفوبيا الإجتماعية (تجنب المواقف الإجتماعية خشية التعرض للحرج) أو إضطراب الهلع المصحوب الاجورافوبيا ، أو الاجوار فوبيا غير المصحوبة باضطراب الهلع .

حـ - حدد نوع الفوبيا :

- فوبيا الحيوانات .

- فوبيا مثيرات البيئة الطبيعية : كالخوف من الأماكن المرتفعة ، أو العواصف، أو الرعد ، أو المياه .

- فوبيا الدم والحقن والإصابات .

- فوبيا المواقف (الطائرة ، المصاعد ، الأماكن المغلقة)

- أنواع أخرى التجنب الرهابى للمواقف التى قد تؤى إلى الإختناق أو القئ أو العدوى ، وفى الأطفال تجنب الاصوات المرتفعة ، والاشخاص اللذين يرتدون ملابس تنكرية .

(APA, 2000)

تفسير اسباب الرهاب :

تتعدد التفسيرات التى قدمت لاسباب إضطراب الرهاب ومن هذه التفسيرات :

أولا : التفسيرات الفسيولوجية :

حيث أجريت العديد من الدراسات بهدف الوقوف على أى اسباب وراثية أو عوامل جينيه تكمن خلف إمكانية الإصابة بهذا الإضطراب .

* إجريت دراسات عديدة على التوائم ووجدت أن العوامل الوراثية تبدو ذات أثر فى نقل إضطرابات الحصر وخاصة الإضطرابات التى تتضمن نوبات الفزع وما يرافقها من أعراض اخرى أهمها التجنب (Kendler . et . al , 1992) .

* دراسات إجريت بهدف معرفة نسب تأثير وتأثر العوامل الجينية فى احداث إضطرابات الحصر العام ، لا أن النتائج هنا قد تضاربت وتباينت .

* دراسات أخرى قامت على أساس معرفة نسبة الإصابة بالإضطرابات النفسية فى أسر محددة ، وتبين أن أسباب بعض صور المخاوف والإكتئاب قد تكون مرتبطة ، او أن أسر معينة (يشيع) فيها الإصابة بالإضطراب بدليل وجود العديد من التاريخ المرضى لإقارب من الدرجة الأولى للمرضى الذين لديهم معدلات متزايدة من الإكتئاب وإضطرابات الهلع والقلق أو إدمان الكحول إلى حد ملحوظ بالمقارنة بأقارب الأسوياء وأقارب مرضى الإكتئاب بدون حصر .

(Weissman, 1985)

ثانيا : التفسيرات النفسية :

أ – اطار التحليل النفسى :

وينهض على أساس أن الفرد يعانى صراعا عصبيا بين نوازعه وغرائزه من ناحية ومثله ومعايير المجتمع من ناحية ثانية ، وبما أن الفرد عاجز عن مواجهة هذا الصراع الشديد داخله وغير قادر على فضه ويخاف فإنه يسقط هذا الخوف الداخلى على موضوع خارجى من خلال ميكانيزم الازاحة أو النقل . ولعل أشهر الحالات التى عالجها **فرويد** هى حالة الطفل هانز الصغير ، وكيف أنه كان يخاف من الحصان (مما أدى إلى تجنبه الخروج إلى الشارع) ، وقد كشف فرويد أن الحصان ما هو إلا بديل للأب . ولاشك أن ذلك – كما يقول أيدلبرج – قد حقق الفوائد الآتية :

١ – بإزاحة رغباته الى الحصان فقد نجح هانز الصغير فى أن يتخلص من الشعور بالخوف من التواجد فى المنزل .

٢ – إن الخوف من الحصان إنما يرجع إلى كراهية من الأب منشؤها طرد الاب لهانز من الفراش .

٣ – العجز عن تدمير الأب والنوم مع أمه ، والعجز عن التخلى عن هذه الرغبات وكان على هانز أن يكبتها .

٤ – نتجية لهذا الكبت فإن الحفزات الممنوعة بقيت نشيطة فى اللا شعور حيث حيث تظل تحت السيطرة بواسطة الخوف وبالاسقاط حيث تغيرت من: إنى أكره أبى إلى : أبى يكرهنى

ب – أن كل ماسبق قد نجح فى أن يجعل الطفل الصغير هانز يتعايش مع الأب.

(من خلال رأفت عسكر ، ١٩٩٠ ، ٣٢ – ٣٥)

ب – الإطار السلوكى وتفسير المخاوف :

ويعتمد أنصار هذا الاتجاه فى تفسير الإضطراب الرهابى على ميكانيزم التشريط فالرهاب قد مر فى الماضى وغالبا ما يكون فى مرحلة الطفولة قد يتعرض الفرد لخوف شديد ، ثم نسى هذا الموقف ، ولكن ظل الارتباط قائما بين هذا الموقف وخبرة الخوف المؤلمة ، ولذلك فأن المخاوف وخاصة حين نقرنها بخبرات سارة تحل محل الخبرات المؤلمة . ولعل تجربة ا(واطسون) الشهيره وكيفية إكسابه للطفل الصغير (البورت) المخاوف من القطط ثم تعميم لهذه المخاوف وخشيته من أى حيوان ذات فراء خير نموذج على ذلك .

(عبد الستار إبراهيم وآخرون ، ١٩٩٣)

علاج المخاوف : يوجد العديد من العلاجات الطبية والنفسية والإجتماعية للمخاوف ، فأما عن العلاجات الطبية فإنه يوصف للمريض الادوية المهدئة والمضادة للقلق (والسابق الحديث عنها فى إضطراب القلق العام ثم العلاجات النفسيةبتوجهاتها المختلفة (تحليلية – سلوكة ، معرفية ، وجودية ... الخ) . إلا أن العلاجات النفسية السلوكية تعد الإبرز الان على الساحة العلاجية للمخاوف . **ذلك لان العلاج السلوكى للمخاوف ينهض على مجموعة من الاسس هى :**

١ – لا يبذل المعالج السلوكى مجهودا كبيرا . عكس زميله فى التحلل النفسى فى البحث عن تفسيرات لا شعورية للسلوك ، بل ينظر إلى الإضطراب على اساس أنه (تعليم شاذ) أمكن إكتسابه بفعل أخطاء فى عملية التعليم .

٢ – إن عمليتى التشخيص والعلاج فى طرق العلاج السلوكى شيئان ملتحمان

إذ أن تشخيص المشكلة لا يعدو كونه محاولة جاهدة لتحديد التصرفات أو الأخطاء التى مر بها الشخص فجعلته يخاف أو يقلق .

٣ – إن المعالج السلوكى لا يرى مالايراه المعالج التحليلى من أنه خطوة أساسية فى ضرورة إزالة مـا وراء الاعراض من أمراض أو صرعـات داخلية مفترضة ولذا يرى أن علاج العرض = علاج المرض .

٤ – يتشكك المعالجون السلوكيون فى مقولات اصحاب نظرية التحليل النفسى من أمكانية أن تتحول الأعراض المرضية إلى أعراض مرضية أخرى إذا لم تعالج ما وراءها من أمراض . فالخوف حين يستبدل بخوف آخر قول غير مقبول من وجهة النظر السلوكية .

٥ – إن العلاج السلوك يستظل بعبارة التعلم ، والتجريب .

وفى هذا الإطار أستطاع العلاج السلوكى أن يحقق سبقا فى علاج العديد من المخاوف ولدى العديد من الأفراد وفى مختلف الأعمار

(عبد الستار إبراهم وآخرون ،١٩٩٣) ، (محمد حسن غانم ، ٢٠٠١)، (لويس مليكة ، ١٩٩٠) ، (محمد حسن غانم ، ٢٠٠٤)

٣ - إضطراب الهلع
Panic Disor Der

اضطراب الهلع أحد إضطرابات القلق ، وغالبا ما يصاحبه خوف من الأماكن المرتفعة (أو لا يصاحبه)

وبائيات إضطراب الهلع :

* أوضحت العديد من البحوث أن حوالى من ١٠ ٪ – ١٢ ٪ من الجمهور العام قد تعرضوا لخبرة الهلع من خلال نوبة واحدة على الأقل خلال العام الماضى (أو أثنتى عشر شهرا السابقة) .

* أوضحت دراسات أخرى إن من بين ٢ ٪ – ٥ ٪ من الجمهور العام قد أنطبقت عليهم محكات نوبات الهلع المصحوبة برهاب الأماكن المفتوحة .

* يضاف إلى ذلك أن نوبات الهلع قد تظهر فى أنواع أخرى من الأضطرابات مثل : إضطرابات القلق (بأنواعها وتصنيفاتها المختلفة) واضطرابات المزاج (بتصنيفاتها المتعددة) .

* كما أن الهلع قد يرافق اضطراب رهاب الأماكن المفتوحة أولا يرافقها ولكل منها محكاتها الخاصة بها .

(Mayers. et . al . 1984)

* وما سبق قد أكدته دراسة أحمد عكاشة وإن إختلفت نسبة الوبائيات المذكورة إذ وصلت حوالى ١٥ – ٢٠ ٪ ، وقد ترتفع النسبة لتصل إلى ٥٠ ٪ من المرضى المترددين على أطباء القلب (أو تخصصات أخرى) .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ١٢٦ – ١٢٧)

تعريف إضطراب الهلع : وهى عبارة عن نوبات متقطعة لخوف أو فزع مصحوب بأعراض جسمية ومعرفية حسبما يعرف وفق محكات نوبة الهلع فى الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للإضطرابات العقلية وإن نوبات الهلع متقطعة ويرجع السبب فى ذلك لكونها مفاجئة وغير مستمرة على العكس من التصاعد التدريجى فى نشاط القلق ، كم أن النوبات المتقطعة أحيانا ما تظهرعلى غير المتوقع ، ويظل مفهوم عدم التوقع احيانا غير محدد المعنى فى محكات

التشخيص وهو يشير إلى ظهور الهلع فى أوقات وأماكن غير متوقعة كما أن نوبات الهلع ترتبط بالهروب والالحاح به ، مع ما يرافق ذلك من إمكانية رصد للعديد من العلامات والأعراض سواء أكانت جسمية أم نفسية .

(مايكل كراسك ، ديفيد بارلو ، ٢٠٠٢ ، ٤ – ٥)

محكات تشخيص نوبات الهلع وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

نوبة الهلع : فترة غر متصلة من الخوف الشديد أو عدم الراحة تحدث فيها على الأقل أربع من الأعراض المفاجئة الآتية وخلال نوبه فزع واحده على الأقل ، وتصل إلى قوتها فى خلال عشر دقائق ، والأعراض هى :

١ – زيادة فى ضربات معدل دقات القلب .

٢ – تعرق (أو زيادة فى إفراز العرق) .

٣ – إرتعاد أو إرتعاش .

٤ – احساس بضيق فى التنفس أو إنقطاعه .

٥ – شعور بالصدمة .

٦ – الم فى الصدر أو عدم راحة .

٧ – قئ أو الآم فى البطن .

٨ – الشعور بالدوار وعدم الثبات وخفة الرأس أو الإغماء .

٩ – عدم الواقعية أو الانفصال عن الواقع .

١٠ – الخوف من فقدان التحكم فى التنفس مما قد يؤدى إلى إمكانية الإصابة بالجنون .

١١ – الخوف من الموت .

١٢ – الإحساس بالخدر أو الوخز فى أماكن متعددة من الجسم .

١٣ – الاحساس بالقشعريرة (أو إندفاع الدم الحار) .

(APA. , 2000)

تصنيف إضطرابات الهلع :

يفسر الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع لإضطرابات الهلع أو إضطراب الهلع المصحوب بخوف الأماكن المفتوحة بطرق مختلفة عن تعريفات الطبعة الثالثة المراجعة (DSM IIIR 1987) فى :

أولا : استبعد تحديد عدد معين من نوبات الهلع وتم التأكيد على خاصية كونه غير متوقع .

ثانيا : أصبحت الاعراض المعرفية التى تمثل النوبة أو نتائجها جزء من التعريف أو أحيانا ما يكون لدى بعض الأشخاص خوف من أماكن مفتوحة تقليدية ، دون أن يخبروا خبره هلع فعلية (مايك كراسك ، ديفيد بارلو ، ٢٠٠٢ ، ص ٩) .

ولذا فأن الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع يحدد نوعين من أضطرابات الهلع (مصحوب أو غير مصحوب) بالاجورافوبيا .

أولا : معايير الدليل التشخيصى الرابع الخاص بإضطرابات الهلع غير المصحوبه بالاجوارفوبيا .

أ – توافر العرضين (١) ، (٢) .

١ – نوبات هلع متكررة وغير متوقعة .

٢ – إن يظهر عرض واحد أو أكثر من الأعراض التالية بعد أنقضاء شهر واحد أو أكثر من ظهور نوبة هلع واحده على الأقل .

ب – تخوف مستمر من الاصابة بنوبة أخرى .

جـ – إنشغال مستمر بشأن ما قد تعنيه النوبة أو بعواقبها مثل : فقدان السيطرة على النفس ، الإصابة بنوبة قلبية ، أو الإصابة بالجنون .

د – تغير ملحوظ فى السلوك نتيجة النوبات .

هـ – عدم وجود أعراض وعلامات الاجورافوبيا .

و – الا تكون نوبات الهلع ناتجة عن الإثارة الفسيولوجية المباشرة لتعاطى مادة (دواء أو مادة مخدرة) أو مرض جسمي (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية) .

ر – الا تنطبق على أعراض نوبات الهلع معايير خاصة باضطراب نفسى آخر، مثل الفوبيا الإجتماعية (أى لاتحدث نتيجة لمواقف إجتماعية يخشاها الفرد أو الفوبيا النوعية (أى موقف محدد يسبب الفوبيا) أو الوسواس القهرى (مثل التعرض للقاذورات لدى شخص يعانى من وسواس التلوث) أو إضطراب الكرب الناتج عن صدمه (مثل التعرض لمثيرات ترتبط بعامل صادم وضاغط شديد) أو ضطراب قلق الانفصال أو نتيجة أبعاد الشخص عن منزله أو أقاربه المقربين » .

(DSM IV , 1994)

ثانيا : معايير تشخيص إضطراب الهلع المصحوب بالاجوارافوبيا وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

أ - لابد من توافر المعيار ين (١) و (٢) على حد سواء

١ - نوبات هلع متكررة تظهر بصورة غير متوقعة .

٢ - إن يتبع عرض واحد أو أكثر من الأعراض التالية نوبة واحده من النوبات السابقة على الأقل خلال شهر واحد أو أكثر .

ب - خوف مستمر من التعرض للمزيد من نوبات الهلع .

جـ- إنشغال البال بما قد تعنيه النوبة أو بعواقبها (مثل فقدان السيطرة على النفس أو الإصابة بأزمة قلبية أو الإصابة بالجنون) .

د - تغير السلوك بصورة ملحوظة بعد النوبة .

هـ - وجود أعراض الاجورافوبيا .

و - إلا تكون نوبات الهلع كنتيجة مباشرة لتعاطى مادة (دواء أو مادة مخدرة) أو مرض جسمى (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية) .

(APA. , 2000)

أسباب إضطراب الهلع :

تتعدد الإسباب ما بين من يؤيد دور الوراثه والجينات الوراثية فى اكتساب (التهيؤ) لأمكانية الإصابة بهذا الإضطراب مستقبلا مدللين على وجود حالات إضطراب (مختلفة) فى أسر المرضى وبين أقاربهم من الدرجة الأولى .

فى حين تذهب بعض الإتجاهات الأخرى إلى ضرورة أخذ العوامل النفسية والإجتماعية والضغوط التى يتعرض لها وما إذا كانت فى إستطاعته مواجهتها أم لا .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

علاج إضطرابات الهلع :

تتعدد العلاجات المختلفة التى قدمت لمرضى إضطراب الهلع ما بين علاجات دوائية (ومازالت الابحاث تجرى حول تأثير علاجات دوائية حتى الان) وما بين العلاجات النفسية خاصة العلاج المعرفى السلوكى ، وإن هذا النوع من العلاج قد حقق العديد من محاور النجاح ، وقد شفى تماما ما بين ٥٠٪ إلى ٨٠٪ من هؤلاء المرضى، إلا أننا يجب أن ننوع من أساليب العلاجات النفسية خاصة وأن الهلع قد يأتى مرافقا

لرهاب الاجورافوبيا أو بدونه .

وقد قدم (مايكل كراسك ، و ديفيد بارلو (٢٠٠٢) وصفا نموذجيا للعديد من العلاجات التى قدمت لحالات الهلع ومخافة الاماكن المفتوحة وفقا لاستراتيجيات علاجية محددة وتفصيلية .

(مايكل كراسك ، ديفيد بارلو ، ٢٠٠٢ ، ١ – ١١٣)

٤ - إضطراب الوسواس القهري
Obsessive Compulsive Disorder

وهو أحد إضطرابات القلق ويتم بجانبين هما الوسواس والقهرى ونادرا ما يوجد أحدهما دون وجود الآخر

وبائيات الوسواس القهرى :

تتعدد وتتباين وبائيات الوسواس القهرى من مجتمع الى آخر ، وسوف نذكر فى عجالة بعضا من هذه الوبائيات :

* إن هذا الوسواس شائع على نطاق المجتمع وقد يصل الى ٣ ٪ لدى مجموع السكان وذلك لأن ظاهرة الوسواس القهرى شديدة الوضوح للدرجة التى يسهل معها وصفها والتعرف عليها بشكل جيد .

(ب . د . ى سيلفا ، ٢٠٠٠ ، ص ٥٩)

* وإشارت نتائج أخرى إن مرض الوسواس القهرى يظهر فى أكثر من ٩٠ ٪ من مرضى الوسواس القهرى تظهر لديهم وساوس ودفعات قهرية وسلوكية وعند إضافة الدفعات القهرية العقلية إليها ذكر ٢ ٪ فقط من العينة وجود وساوس فقط دون دفعات قهرية .

(دافيد س. رجز ، إدنافو ، ٢٠٠٢ ، ص ١٤٩)

– فى حين يرى البعض ضرورت التفرقه ما بين معدلات إنتشار إضطراب الوسواس القهرى فى الجمهور العام Population وفى المرضى الذين يحققون المحكات التشخيصية للإضطراب من بين مرضى الطب النفسى بوجه عام .

– وبينت نسبة الحدوث إنها لا تزيد على (٠٥ر٪) وإنه لا يزيد على ١ ٪ من جمهور المرضى فى مجال الطب النفسى سواء أكان ذلك فى العيادات الخارجية ام المرضى داخل المستشفى ، ومالايزيد على ٤ ٪ من كل المجموعة العصابية ٠

– كما كشفت بعض الدراسات أن معدل إنتشار الوسواس القهرى يصل إلى ٥ر٢ ٪ طوال الحياة ، واتضح أن ترتيبه الرابع بين أكثر الإضطرابات النفسية شيوعا .

– فى حين قدرت معدلات إنتشاره فى بعض الدراسات بنسبة ٢ ٪ و ٣ ٪ طوال

الحياة . بين السكان إلا أن هذه الأرقام تشير إلى الأعراض دون الوصول إلى المحكات التشخيصية .

– وفى دراسة مسحية شاملة عن معدل إنتشاره قدر بنسبة ٦ر٢ ٪ وأن نسبة تتراوح بن ١٠ ٪ و ١٥ ٪ من طلاب الجامعة الاسوياء يقومون بسلوك (التكرار) ، وإن هذا السلوك يكفى لادراجهم ضمن المضطربين باضطراب الوسواس القهرى .

– وفى إحصاء قومى إجرى فى الولايات المتحدة الأمركية أتضح أن إضطراب الوسواس القهرى أكثر إنتشارا بمقدار ١٥٠ إلى ١٠٠ مرة وكان يعتقد سابقا إن إنتشاره مدة ستة أشهر يصل الى ١٦ ٪ وإنتشاره طوال الحياة (٥ر٢ ٪) ، وإن معدل إنتشار إضطراب الوسواس القهرى ضعف معدل إنتشار الهلع والفصام .

– كما كشفت دراسة مسحية إجريت فى كندا وتناولت ٢٥٨ر٣ فردا ، وجد أن معدل إضطراب الوسواس القهرى طوال الحياة يصل الى ٣ ٪ .

– وفى دراسة مسحية تناولت خمسة آلاف طالب وطالبة من طلاب الجامعة إتضح أن (١١٤) منهم (٨ ٪) لهم درجات أعلى من المعدل (السوى) وحين تمت مناظرة هؤلاء الطلاب (ن = ١١٤) مع مجموعة من الأطباء النفسيين ظهر إن ١٥ طالب (٣ر ٪) من الخمسة آلاف طالب قد حققوا المحكات التشخيصية لأضطراب الوسواس القهرى وفقا للدليل التشخيصى الإحصائى الثالث المرجع DSM III R .

– وفى دراسة قام بها المعهد القومى للصحة النفسية شملت خمس ولايات فى أمريكا وتناولت أكثر من ١٨٫٠٠٠ شخص تمت مقابلتهم فى منازلهم وجد إن نسبة إنتشار إضطراب الوسواس القهرى تقع ما بين ٩ر١ ٪ و ٣ر٣ ٪ فى الولايات الخمس وهو معدل يفوق التقديرات السابقة بمقدار ٢٥ إلى ٤٠ ٪ .

– وفى دراسة أخرى وجد أن ما بين ٤ و ٦ ملايين نسمة فى الولايات المتحدة الأمريكية وحدها يعانون هذا الإضطراب .

– ووجد الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع DSM IV , 1994 ، وإعتماد على نتائج العديد من الدراسات المسحية الوبائية بأن ٥ر٢ ٪ على الاقل يعانون من إضطراب الوسواس القهرى طوال الحياة ، أما معدلات حدوثه فى عام واحد فقد تراوح ما بين ٥ر١ ٪ و ١ر٢ ٪

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ص ص ١٤٠ – ١٤٣) (DSM IV , 2000)

(Kyrios, et al. 1996)

– والأرقام السابقة والنسب تقترب مما ذكره أحمد عكااشة فقد وجد فى احد ابحاثه أن نسبة إضطراب الوسواس القهرى بن المترددين على عيادة الطب النفسى بمستشفى جامعة عين شمس حوالى ٦ر٢ ٪ وهذا الرقم يمثل حوالى ٤ ٪ من مجموع الإضطرابات العصابية ٠

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ص ١٣٦)

– وفى دراسات أخرى لأحمد عكاشة وزملائه وجد الآتى :

أولا : الاجترار الوسواسى فى نسبة ٥١ ٪ من الحالات .

ثانيا : المخاوف الوسواسية فى نسبة ٤٨ ٪ من الحالات .

(من خلال وائل أبوهندى ، ٢٠٠٣ ، ص ٢٤ – ٤٠)

– فى حين رصدت بعض الدراسات أهم الاعراض التى تظهر لدى العينة المصرية التى تتردد على إحدى العيادات النفسية (من المصريين والعرب) وأن هذه الأعراض تأخذ الأشكال الآتية (مرتبة ترتيبا تنازليا وإن كان الباحث لم يحدد نسبة كل عرض) .

١ – أفكار تسلطية دينية ومنها الاجترار الذى يتصل بالأسئلة التى لا يمكن الإجابة عنها عن الذات الإلهية والمقدسات عموما .

٢ – أفكار تسلطية تتعلق بالتلوث .

٣ – أفكار تسلطية جنسية .

٤ – أفكار تسلطية تتعلق بالمرض والعدوى .

٥ – أفكار تسلطية تتعلق بالإنضباط والإلتزام والترتيب .

٦ – أفكار تسلطية عدوانية .

(وائل أبو هندى ، ٢٠٠٣ ، ص ٢٤)

ونظن إن كثرة الدراسات الوبائية حول إنتشار هذا الإضطراب تعكس الآتى :

أ – الإهتمام المتزايد من قبل الباحثين بهذا الإضطراب .

ب – وجود العديد من مظاهر هذا الإضطراب بصورة كامنة لدى الجمهور العام (أى الذى لم يتقدم للشكوى من هذا الإضطراب أو غيره فى العيادات النفسية) .

– إن الكثير من الجمهور العام إذا تم فحصه جيدا فإنه يكشف عن إمكانية أن تنطبق عليه معايير تشخيص هذا الإضطراب .

جـ - إن هذا الإضطراب منتشر أكثر مما قد عكسته الأرقام السابقة .

ز - ضرورة الأخذ فى الإعتبار أن هذا الإضطراب قد (يتوارى) ويختفى خلف أحد الأعراض الآخرى .

حـ - وليس من المتوقع أن الشخص حين (يجد) فى نفسه بعضا من اعراض هذا المرض فإنه يتقدم من تلقاء نفسه (ومبكرا) لتلقى العلاج .

تعريف الوسواس القهرى :

الوسواس القهرى عبارة عن إضطراب عصابى يتميز بالآتى :

١ - وجود وساوس فى هيئة **أفكار** أو إندفاعات أو مخاوف .

٢ - وجود (أعراض) ظهرت فى هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية .

٣ - يقين المريض بتفاهة هذه الوساوس أو لا معقوليتها ، وعلمه الأكيد إنها لاتستحق منه هذا الإهتمام .

٤ - محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوساوس ، وعدم الإستسلام لها ولكن مع طول مدة المرض قد تضعف درجة المقاومة .

٥ - إحساس المريض بسيطرة هذه الوساوس أو قوتها القهرية عليه مما يترتب عليه شلله الإجتماعى والآم نفسية وعقلية شديدة .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ١٣٦ - ١٣٧)

استطراد حول تعريف الوسواس القهرى :

مر تعريف الوسواس القهرى فى الدليل التشخيصى الإحصائى بعدة محطات نجملها فيما يلى :

- تم تعريف الوسواس القهرى فى الدليل التشخيصى والإحصائى الأول (DSM I, 1952) والثانى (DSM II, 1968) بأنه زملة اعراض قصيرة وغير محددة .

- فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث (DSM III , 1980) والثالث المراجع (DSM III R , 1987) تم تحديد محكات معينة لإضطراب الوسواس القهرى ، حيث تم التفرقة ما بين الأفكار والأفعال أو الدفعات القهرية ، وأن الدليل الثالث المراجع قد عكس ثلاث وجهات نظر تقليدية لإضطراب الوسواس القهرى هى:

١ - الوساوس أحداث عقلية والدفعات أحداث سلوكية .

٢ – قد تحدث الوساوس والدفعات القهرية معا أو منفصلة عن بعضها البعض .

٣ – يدرك الأفراد دائما ان أفكارهم الوسواسية ودفعاتهم القهرية ليس لها معنى.

– وقد ثارت العديد من المناقشات والدراسات والأبحاث حول الأفراد الذين يعانون من إضطراب الوسواس القهرى وما إذا كانوا (هم) يدركون أن أفكارهم التى تسيطر عليهم لها معنى أو بدون معنى .

– أدت الدراسات والمناقشات السابقة إلى حدوث العديد من التعديلات المقترحة فى الدليل التشخيصى الرابع (DSM IV , 1994) خاصة مسألة إقتناع الشخص بإن أفعاله التى يقوم بها ليس لها معنى أو أنه عند نقطة معينة يدرك الشخص (لامعقولية افكاره) و (لا معقولية ما يقوم به من وأفعال) .

(دايفيد رجز ، إدنافوا ، ٢٠٢ ، ٤٧٢ – ٤٧٦)

معايير تشخيص إضطراب الوسواس القهرى ، وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

يصف الدليل أضطراب الوسواس القهرى من خلال تضمنه الخصائص الآتية:

١ – الخصائص الجوهرية فيه هى التوتر المستمر للوساوس والأفعال القهرية والتشخيصية يجب أن يكون لدى الشخص إما وساوس أو أفعال قهرية .

٢ – أن تكون هناك وساوس متكررة بشكل مستمر وأفكار لا يمكن مقاومتها وصور ذهنية ودفعات تقتحم رغما عن الشخص الشعور ورغم إنها تبدو بغيضه وغير معقولة إلا أن الشخص يدرك أنه لا إرادة له فى إستدعاء مثل هذه الأفكار) .

٣ -- تبدو الافعال القهرية متكررة وفى شكل سلوك هادف وتمارس وفق قواعد معية أو بطريقة نمطية وهى تظهر ، بل ويضطر الفرد إلى ممارستها نتيجة احساسه بالقهر وبالرغبة فى المقاومة ، وهذا السلوك غير مقصود فى حد ذاته ولكنه يهدف إنتاج بعض المواقف أو منع حدوثها .

٤ – تسبب الوساوس والافعال القهرية عجزا فى أداء الشخص ، كما تؤدى إلى شعوره بالاسى على النفس .

٥ – أن لا تكون الوساوس والافعال ناتجة عن أى إضطرابات أخرى (مثل الاصابة بالفصام) أو أى إضطرابات عضوية ، أو إضطرابات وجدانية كبرى .

(APA. , 2000)

الوساوس : الوساوس عبارة عن أفكار مضخمة وغير مرغوبه ، وصور ذهنية ودفعات أو مزيج منها .

وتتحدد الوساوس وفقا للمحكات الأربعة الآتية :

١ – أفكار أو دفعات أو صور ذهنة متخيلة ، تتكرر وتعاود الفرد رغما عنه ، وتستمر فى ذلك ، يخبرها الفرد ويمر بها فى مرحلة معينة من مراحل إضطرابه – على أنها (مقتحمة) لعقله بالرغم من إنها غير عقلانية ، فضلا عن أنه يتسبب عنها مزيجا من القلق والضيق والكرب الذى يتبدى على ملامح الفرد .

٢ – لا تعد الإفكار أو الدفعات أو الصور الذهنية إنزعاجا زائدا من مشكلات الحياة اليومية (الجارية) .

٣ – يحاول الفرد أن يتجاهل أو (ينسى) مثل هذه الأفكار أو الدفعات أو الصور الذهنية لا أنه يفشل ٠ بالرغم من أنه يحاول أن يعادلهاأو يقرنها ببعض الأفكار إو الأفعال الأخرى حتى لا تكون فى صورتها الواضحة إلا أنه يفشل أيضا فى ذلك) .

٤ – يصل الفرد إلى يقين بأن الأفكار الوسواسية والدفعات والصور الذهنية المتخيلة نتاج لعقله الشخصى هو (وليست مفروضة عليه من قبل جهات أو مؤسسات موجودة فى الخارج – وهذا يفرق بوضوح ما بين إضطراب الوسواس القهرى وإضطراب الهذاءات والضلالات فى مرضى الفصام مثلا)

الافعال القهرية :

وتتم الافعال القهرية بالتكرار وتبدو فى صورة سلوك غرضى وهى تمارس ، أو تصاحب بأحساس ذاتي بالقهر ، ويقاومها الشخص عموما ، وهى تمارس وفق قواعد معينة أو بطريقة نمطية ، وعلى الرغم من مقاومتها فأن هذه الاشكال السلوكية تمارس بشكل نشط من جانب الشخص ٠

كما يعد السلوك الطقسى ، من الافعال القهرية والشائعة ، وهو يتضمن المراجعة والاغتسال والنظافة ، وتتضمن أنماط السلوك القهرى الاخرى القيام بأعمال متعددة بتتابع شديد التصلب .

(ب . دى. سيلفا ، ٢٠٠٠ ، ص ٦٠ – ٦١)

ويمكن تشخيص الافعال القهرية وفقا للمحكات الآتية :

١ – السلوك المتكرر (مثل : غسل اليدين ، الترتيب ، المراجعة) أو الافعال العقلية (مثل : العد ، تكرار الكلمات بشكل صامت) حيث يشعر الفرد بأنه مجبر على

القيام بها استجابة لوسواس أو تبعا لقواعد يتعين إتباعها بالنص (أو وفقا للمصطلح الشائع : كما أنزلت) ٠

٢ – يهدف السلوك أو الافعال العقلية إلى منع حالة الضيق أو الكرب فى محاولة للتقليل منها ، أو إلى منع حادث أو موقف صادم ، ومع ذلك فأن هذا السلوك إما أنه غير مترابط (مع غيره من السلوكيات الآخرى ، وإما أنها زائدة بشكل مفرط)

٣ – يسلم الفرد – فى مرحلة معينة من مراحل الإضطراب – بأن الأفعال التى يقوم بها بالغة التعقيد وغير معقولة أو أنه (يفرط) فيها .

ملحوظة : هذا المعيار لا ينطبق على الاطفال .

٤ – إن الافعال القهرية (مثلها بالضبط مثل الوساوس) تسبب ضيقا للفرد لانها تستهلك طاقة ومجهود الشخص ، وتستهلك وقتا طويلا ، تؤثر كثيرا فى الروتين اليومى للشخص ، وتؤثر فى ممارسة الشخص للعديد من الأنشطة الذاتية أو الإجتماعية فى علاقاته مع الآخرين .

٥ – لا يعد الإضطراب ناتجا من تأثيرات فسولوجية مباشرة لتعاطى مادة معينة (اساءه إستخدام المواد المخدرة) أو يكون الشخص واقعا تحت تإثير تناوله العقاقير النفسية) أو نتيجة لحالة طبية عامة .

(APA. , 2000)

الفرق بين الوسواس والقهر :

لابد من أن نفرق بين الوسواس والقهر ، ومن الخطأ إستخدام المصطلحين بالتبادل ، لأن لكل منهما إستخدام خاص به .

فالوساوس أفكار تطفلية تقتحم الفكر من داخله ، كما أنها مداومة معاودة ، وتتسبب فى حدوث القلق ، فى حين أن الأفعال القهرية أفعال نمطية حسية جسمية أو عقلية يقوم بها الفرد حتى يخلص نفسه من القلق الناجم عن الوساوس ، ولكنهما يوجدان معا عادة .

(أحمد محمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ص ٨٩)

وإضطراب الوسواس القهرى له الأنماط الآتية :

١ – المراجعة Cheching

٢ – التكرار Repeating

٣ – الترتيب Ordering

٥ – الخزن أو التخزين Hoarding

٦ – طقوس التفكير Thinking Rituals

٧ – الوساوس البحتة (أو النقية) Pure Obessions

وإن لكل نمط من الأنماط السابقة مظاهره الخاصة به

أ – مظاهر الإغتسال والتنظيف :

- تجنب لمس أشياء معينة نتيجة لإمكانية تلوثها .
- صعوبة التقاط شئ سقط على الأرض .
- تنظيف المنزل بشكل زائد على الحد .
- أخذ حمام مدة طويلة جدا.
- الإنشغال الزائد بالجراثيم والمرض.

ب – مظاهر المراجعة والتكرار (النمط رقم ٢ ، ٣)

- المراجعة بشكل متكرر للتأكد من أن الأشياء قد أنجزت بالصورة المثالية (أو كما أنزلت) .
- صعوبة فى إنجاز الإشياء بسبب التكرار والمعاوده .
- تكرار الإفعال حتى تمنع حدوث أمر سيئ .
- الإنشغال الشديد خوفا من الوقوع فى الخطأ (تقدير البلاء قبل وقوعه) .
- أفكار تمر بالذهن إلا أنه يستطرق فيها .

جـ – مظاهر الترتيب :

- إن توضع الأشياء فى ترتيب معين .
- قضاء وقت طويل للتأكد من أن الأشياء موضوعة فى مكانها الصحيح (كما وضعها هو ، واذكر أننى توليت مسئولية رئاسة قسم فى مكان ما بدلا من شخص كان يعانى من هذا الإضطراب وكان سيتغيب عن العمل لظروف أسرية قاهرة فأوصانى أن لا أحرك أى ورقة من مكانها – طوال رئاستى المؤقتة – حتى لا يتشتت فيما بعد إذ أراد الرجوع إلى (ملف ما) لإنه وفقا لروايته : أنا مرتب الملفات بترتيب خاص).-

ملاحظة فورية للأشياء التى لا تكون فى مكانها .

- يكون الفرد فى غاية الإضطراب (والهلع) إذا رتبت الأشياء بواسطة الآخرين ، أو وجد خللا فى (تاترتيب) كما (رتبه هو) .

د - **مظاهر التخزين :**

- صعوبة إتخاذ قرارات متصلة بالتخلص من بعض الأشياء ٠
- جلب أشياء يبدو أنها عديمة النفع إلى المنزل .
- يصيح (مكتبه على سبيل المثال أقرب إلى المخزن حيث يحتفظ حتى (بفاتورة) شراء كتاب معين وكذا كافة (الفواتير) ... إلخ) .
- يكره أن يلمس الآخرون ممتلكاته (خشية أن لا يعيدها إلى ترتيبها مثله) .
- يجد نفسه (فى موقف لايحسد عليه) إذا طلب منه أن يتخلص من بعض الأشياء التى لا قيمة لها .

هـ - **مظاهر طقوس التفكير :**

- تكرار كلمات أو أعداد معينة فى ذهن الشخص .
- قضاء وقت طويل فى الإنشطة (الحمام - الوضوء - الصلاة - تسابيح ما بعد الصلاة ... إلخ)
- مراجعة كافة الأشياء بنفسه حتى يتأكد من أن كل الأمور على مايرام ٠
- تكوين قوائم عقلية لمنع عواقب غير سارة .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ص ص ٩١ - ٩٨)

أهم الملامح الرئيسية للمضطربين باضطراب الوسواس القهرى :

رصدت العديد من الدراسات أهم ملامح المضطربين بالوسواس القهرى فى السمات أو الملامح الآتية :

١ - التجنب : ونقصد به إن الكثير من المضطربين بإضطراب الوسواس القهرى غالبا ما يأخذ سلوكهم سلوك التجنب المعروف فى حالات الفوبيا ، كما يتعلق أيضا التجنب بالمنبهات ، أو القيام بالسلوك الذ ى يتضمن إمكانية إطلاق الوسواس أو الافعال القهرية .

٢ - الخوف من الكوارث : إذ يذكر معظم الأشخاص اللذين يعانون من

إضطراب الوساوس القهرية خشيتهم من أمكانية التعرض لكوارث سوف تحدث إذا هم اهملوا القيام بسلوكهم القهرى . مثال غسل اليد بطريقة قهرية لمنع وقوع حادثة ما .

٣ – **المقاومة :** اعتبرت مقاومة الوساوس والأفعال القهرية خاصية محورية فى عصاب الوسواس القهرى ، وإذا كان بعض الأشخاص يحاولون المقاومة وستمرون فيها فأن البعض الآخر من المرضى يعتقدون بإنه لا توجد لديهم من الأساس مقاومة قوية ، ويبدو الأمر وكأنهم قد توقفوا عن المقاومة واستسلموا تماما للواقع .

٤ – **السعى للحصول على تأكيدات :** يلجأ كثير من مرضى الوساوس القهرى للسعى الدائم للحصول عل تأكيدات من أفراد الاسرة (التأكد من اغلاق صنابير المياه مثلا) وعندما يحصل المريض على التأكيدات التى يطلبها من الآخرين أو يقوم هو بها) يشعر بالتحسن إلا أنه بعد فترة يتكرر طلب التأكيدات (؟!)

٥ – **المقاطعة :** عندما ينخرط مرضى الوساوس القهرى فى سلوكهم القهرى فأنهم يشعرون بالحاجة إلى القيام به بمنتهي الدقة أو بدون مقاطعة ، وإذا حدثت المقاطعة (أى حدث ما يجعله يتوقف عن القيام بسلوكه القهرى) فأنه يبدأ من جديد .

٦ – **تأمل الأفكار :** يعد تأمل الأفكار أحد المظاهر الأساسية المميزة لأضطراب الوسواس القهرى ، إذ يظل الشخص فى حالة (طرح) أسئلة على نفسه و (طرح) إحتمالات و (انشغال دائم ومستمر) بالتفكير فى موضوعات فلسفية مثل : هل هناك حياة بعد الموت ؟ .. وغيرها من التساؤلات .

(ب. دى سلفيا ، ٢٠٠٠٢ ٦٣ – ٦٥)

علاقة إضطراب الوسواس القهرى بغيره من الإضطرابات :

الحقيقة التى يجب أن نذكرها هنا أن أضطراب الوسواس القهرى قد (يتماس) أو (يتداخل) مع العديد من الإضطرابات النفسية الأخرى .

ولذا سوف نذكر فى عجالة سريعة بعض الإضطرابات النفسية والعقلية والإنحرافات السلوكية التى قد يتداخل معها إضطراب الوسواس القهرى .

أولا : التداخل التشخيصى مع إضطراب الإكتئاب :

فى كثير من الحالات يجد الطبيب النفسى أعراض الوسواس القهرى متداخلة مع إضطراب الإكتئاب الجسيم ، ولكن اعراض إضطراب كلا منهما تكون هى الغالبه على الصوره المرضية أو هى سبب شكوى المريض الأولية . ولذا يكون هناك ثلاثة خيارات تشخيصية على الأقل هى :

١ – إن إضطراب الإكتئاب الجسيم يمكن أن يشتمل على أفكار وسواسية أو أفعال قهرية كجزء من أعراض إضطراب الإكتئاب نفسه .

٢ – إن إضطراب الوسواس القهرى يمكن أن يشتمل على اعراض إكتئاب كجزء من أمراض إضطراب الوسواس القهرى نفسه .

٣ – إن الأضطرابين يمكن أن يكونا موجودين معا فى المريض نفسه فى الوقت نفسه . وإن الكثير من الدراسات قد أشارت إلى هذا التداخل .

(منظمة الصحة العالمية ، ١٩٩٩ ، ١٥٢ – ١٥٣)

أنظر على سبيل المثال :

(Karno. et al. , 1998)

ثانيا : التداخل التشخيصى مع حالات إضطراب توهم المرض :

وجدت العديد من الدراسات والملاحظات حدوث تداخل ما بين تشخيص إضطراب الوسواس القهرى وإضطراب توهم المرض Hypochondriacal Disorder وذلك من خلال توهم المريض أنه يعانى من بعض العلل البدنية من خلال (تسلط) فكرة إساسية عليه خلاصتها أنه يعانى من مرض (بدنى) خطير ، وغالبا ما تبدأ الحالة عقب قراءة أو سماع الشخص لبعض الامراض .

(منظمة الصحة العالمية ، ١٩٩٩ ، ص ١٧٤)

ثالثا : التداخل التشخيصى مع أمراض المخ العضوية :

والأمراض العضوية للمخ قد تشمل العديد من الإضطرابات التى تعكس العديد من حالات (الشذوذ) فى المخ ، ويطلق عليها الان اسم الإضطرابات المعرفية Cognitive Disorders على اساس أن كل الأمراض النفسية حسب الفهم الحالى للأمور هى أمراض مخ عضوية . فمثلا فى حالات مرض الشلل الرعاش أو باركينسون Parkin's Disease ، وكذلك بعض حالات ما بعد التهاب المخ الفيروسى Postecephalitic ، وبعض حالات الصرع وغيرها من الحالات قد يعانى المريض طقوسا قهرية ، إلا أنه مع الفحص الدقيق يمكن (التفرقة والفصل) ما بين هذه الإضطرابات العضوية وإضطراب الوسواس القهرى من عدة وجوه .

(وائل ابوهندى ٢٠٠٣ ، ٢٨١ – ٢٨٣)

رابعا : التدخل التشخيصى مع إضطرابات الطعام :

خاصة مرض الشره العصابى للطعام ، أو مرض فقدان الشهية للطعام حيث

نجد الملمم الإساسى فى كلا الإضطرابين من إضطرابات الطعام وجود ما يمكن أن نسميه (الإنشغال الوسواسى القهرى بالنحافة) أو (الانشغال الوسواسى القهرى بالطعام وتناوله) ثم (الانشغال بكم السعرات الحرارية) ثم الرغبة (فى القيام بفعل التقيؤ) حتى لا يصل (الوزن) إلي الدرجة التى لا يرغبها الفرد ، ويجب فى كل الأحوال التفرقة ما بين إضطراب الطعام وإضطراب الوسواس القهرى .

(منظمة الصحة العالمية ، ١٩٩٩ ، ١٨٧ – ١٩٢)

خامسا : التداخل التشخيصي مع إضطرابات اللوازم الحركية :

إضطراب اللوازم لاشك إنه يتصف بوجود العديد من اللوازم سواء أكانت حركية أو صوتية ، مع الأخذ فى الإعتبار أن هذه (اللوازم) تميل الي (التكرار) و (الالزام والقهر) ولذا غالبا ما نجد تداخلا ما بين هذه (اللوازم) وبين العديد من الأفكار والأفعال القهرية ، بيد أن (الفحص الدقيق) يكشف عن التفرقة بين كلا النوعين من الإضطراب .

(وائل ابو هندى ، ٢٠٠٣ ، ٢٨٥ – ٢٨٧) .

سادسا : التداخل التشخيصى مع رهاب التشوه :

مريض أضطراب التشوه الجسدى Body Dysmorphic Disorder فأن المريض هنا يعانى فكرة تسلطيه أو وسواسية خلاصتها أنه يعانى من تشوه فى منطقة معينة من مناطق جسده (وخاصة الوجه) وقد كون التشوه في : الأنف ، الشفتان ، الثدى ، الأرداف وبالتالى يزور عيادة الجراح ويتكلم معه فى آحساسه بأن أنفه مثلا كبير أكثر من اللازم ، أو معوج بشكل أو بأخر .. الخ ، وقد يقوم الطبيب الجراح بإجراء الجراحة لا أن الأمور (من الناحية النفسية) تظل (مقلقة) بالنسبة للشخص (لأن المشكلة ليست فى الأنف أو الشفتان بل فى إدراك الشخص لها) .

(وائل أبو هندى ، ٢٠٠٣ ، ١٨٧ – ٢٨٨)

سابعا : التداخل التشخيصى مع إضطراب الفصام :

تم ملاحظة الكثير من الأعراض الوسواسية القهرية فى الفصام ، كما لوحظت الاعراض الذهنية فى إضطراب الوسواس القهرى ، ولذا لابد أن نفرق ما بين الوساوس والضلالات Delusions .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ٢٤٦ – ٢٥٠)

ثامنا : التداخل التشخيصى مع الاضطرابات الاندفاعية :

يحدث تداخل ما بين محكات تشخيص إضطراب الوسواس القهرى ،

وإضطراب الاندفاعية والذى يأخذ العديد من الصور مثل : هوس السرقة ، المقامرة المرضية ، هوس نتف (أو نزع) الشعر ، هوس إشعال الحرائق ... الخ ، ولذا لابد من البحث عن محكات تشخيص كل إضطراب على حده .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ٢٤٥ – ٢٤٦)

كما نستطيع إيجاد تداخل تشخيصى ما بين الوسواس القهرى والإدمان ، والإضطرابات الجنسية ، وغيرها من الإضطرابات .

(Foa. et. al. 1982)

أسباب الوسواس القهرى :

أولا : العوامل الوراثية :

يلعب العامل الوراثى دوراً هاماً فى نشأة الوسواس القهرى ، فقد وجد أن بعض أولاد المرضى بالوسواس القهرى يعانون من نفس المرض ، كذلك الأخوة والأخوات، هذا غير باقى أفراد العائلة الذين يعانون من الشخصية القهرية وقد وجدت فى دراسة حديثة إن التاريخ العائلى لمرضى الوسواس القهرى فى مصر يظهر فى (١٦) مريض من (٨٤) حالة أى حوالى ٣٪ .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٣٧)

النظريات النفسية :

١ – **نظرية التحليل النفسى :** حيث يرى فرويد إن الوسواسيين قد حدث لهم (تثبيت) Fixation على المرحلة الشرجية من التطور النفسى الجنسى ، نتيجة لصراعات بين الوالدين والطفل حول التدريب على عادات الحمام ، ويحدث الصراع – خلال التدريب على الحمام – بين رغبة الطفل فى التخلص من فضلات جسمه تبعا لإرادته ، وطلب الوالدين منه أن ينظم هذه العملية المتصلة بالشرج ليوافق المستويات الحضارية فى النظافة وفى التحكم فى الدفعات .

وعندما يصدر عن الوالدين ضد الطفل عقاب شديد على ذلك وعندما يكون هذا التدريب مبكرا جدا أو متأخرا جدا ، أو عندما يدرك الطفل خبرة هذا التدريب على أنه محبط جدا فأن ذلك يؤدى إلى إضطراب الوسواس القهرى .

ب – النظرية التحليلية للفرويد يون الجدد :

حيث تنظر لمرضى الوسواس القهرى على أنه نوع من الرغبات البغيضة المثيرة للإشمئزاز بشدة الصراعات التى كبتت ، وتهدد أن تقتحم الشعور بما يضع الفرد فى خطر الواقع فريسة الوسواس ، ويتصل الدفاع بواسطة كل من الأزاحة

والابدال ، ويمده ذلك بألية مباشرة للراحة ، وأن (تقاليد وعادات المجتمع) لها دور في ذلك .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ٢٧٣ – ٢٧٨)

حـ- النظريات السلوكية :

وينظر أصحاب المدرسة السلوكية لإضطراب الوسواس القهرى على أنه سلوكا متعلما تم دعمه عن طريق المخرجات أو النتائج التى يؤدى إليها احدى هذه النتائج وهو خفض القلق ، والخوف ، ومن ثم فأن إكتشاف ذلك – بالنسبة للفرد – يؤدى به إلى تكرار نفس السلوك .

(وائل ابو هندى ، ٢٢٠٣ ، ص ١٤٤)

د – النظريات المعرفية : يفترض أصحاب هذه النظرية إن مرضى الوسواس القهرى لديهم آلية التغذية الراجعه الهدف ممزقة Disrupted بحيث ينتج عنها مداومته على سياق وأفعال معينة ، وأن هؤلاء المرضى يعانون من خلل فى وظيفة المخ المتصلة بالمضاهاه / عدم المضاهاه ، وإن لديهم زيادة فى اشارات الخطأ والتى لا يمكن خفضها من خلال المخارج السلوكية تولدها عقد عصبية قاعدية ، ولذا فإن مرضى الوساوس القهرى حين يوجدون فى موقف يحتمل أن تنجم عنه عواقب غير مرغوبة أو مؤذية فإنهم يزيدون من تقرير احتمال حدوث العواقب المضرة ، وإن هذه التوقعات المرتفعة جدا لدى الوسواسين القهرين بحدوث العواقب غير السارة يجعلهم يزيدون من إحتمال (توقعاتهم) لحدوث نتائج سلبية لمختلف الأفعال .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ٢٨٩ – ٢٩٥)

ونكتفى بهذا القدر من التفسيرات .

علاج الوسواس القهرى : تتعدد المداخل العلاجية ويمكن تلخيصها فى :

أولا : العلاج الدوائى :

تفيد أحيانا العقاقير المضادة للقلق والإكتئاب والأدوية المطمئنة الكبرى فى إختفاء القلق ، وقد أثبتت العديد من الدراسات أن عقار (الكوميبرامين) له تأثير جيد وإيجابى على مرضى الوسواس القهرى وغيره من العقاقير .

(وائل ابو هندى ، ٢٠٠٣ ، ١٧٨ – ١٨٢)

ثانيا : العلاج النفسى :

أ – العلاج بالتحليل النفسى : من خلال تمكين المريض من أن يتعرف إلى

الصـراع الكامن عن طريق إبطال كـبت الصـراع اللاشـعورى ، مـع تحليل مـتـعـمق للدفاعات الوسواسية القهرية ، وإن كانت العديد من الدراسات التى تناولت مدى شفاء الوسواس القهرى باستخدام العلاج بالتحليل النفسى قد أثبتت قلة كفاءته .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ٣٢٢ – ٣٢٣)

ب – العلاج السلوكى : وقد أثبت كفاءته فى علاج هذا الإضطراب والكثير من اعراضه الناتجة عنه ، كما أثبتت العديد من الدراسات التتبعية لنتائج هذه العلامة أنه قد حقق فوائد جيدة فى مجال الشفاء .

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨)

جـ – العلاج المعرفى :

وقـد أثبـت كـفـاءته فى عـلاج العـديد من الحـالات ، وذلك من خـلال وضع استراتيجيات معينة تهدف إلى تحديد السلوك وما يرتبط به من أفكار لاعقلانية ، ثم التعامل مع مثل هذه الأفكار .

(ديفيد رجز ، إدناخو ، ٢٠٠٢ ، ٤٦٩ – ٥٧٦)

٤ – العلاج البيئى والإجتماعى :

حيث يحتاج المريض أحيانا إلى تغيير مكان العمل أو السكن حتى يبتعد عن مـصـدر الوسـواس خـاصــة إذا كـانت له عـلاقـة بالخـوف من الأمـراض أو التلوث بميكروبات أو طقوس حركية خاصة .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ١٥٢)

مآل أضطراب الوسواس القهرى :

محكات المآل الجيد : وتظهر من خلال العلاجات الآتية :

١ – أن يظهـر التـاريخ الشـخـصى للفـرد قـبل المرض قـدرا جـيـدا من التـوافق والتكيف الوظيفى والإجتماعى لأن ذلك يشير إلى شخصية متوافقة .

٢ – إن تتزامن بداية الأعراض مع حدث حياتى ذى تأثير فى حياة المريض أى أن تكون هناك زيادة فى الضغوط النفسية الحياتية فى الفترة التى تسبق أو ترافق بداية المرض .

٣ – إن تكون الأفكار التسلطية أو الافعال القهرية عرضية فى حياة المريض أى أن يكون ظهورها مؤقتا وليس مستمرا .

٤ – أن تكون مـدة مـعـاناة المريض من الأعـراض قـبل عرضـه على الطبـيب

النفسى للعلاج قصيرة لأن هناك ما يشير إلى استجابة أفضل للعلاج كلما قصر عمر الأعراض .

محكات التشخيص السئ :

١ – الإستسلام للافعال القهرية بدلا من مقاومتها .

٢ – وجود بعض الأقتناع أو الأقتناع التام بالافكار الوسواسية بدلا من رفضها.

٣ – أن تكون الافعال القهرية غريبة وشاذة .

٤ – وجود إضطراب شخصية كما يتضح من وتاريخ حياة المريض قبل المرض خاصة إضطراب الشخصية الفصامية النوع .

٥ – أن تكون بداية اعراض الإضطراب فى سن الطفولة .

٦ – أن يكون تأثير الأعراض فى حياة المريض وأدائه الوظيفى كبيرا إلى الحد الذى يستدعى إدخاله إلى المستشفى .

٧ – وجود تاريخ للوسواس القهرى فى عائلة المريض .

٨ – أن يتأخر المريض فى اللجوء إلى العلاج النفسى .

(وائل ابو هندى ،٢٠٠٣، ١٩٥ – ١٩٦)

وفى العديد من الدراسات التتبعية لمسار ومآل المرض توصلت بعض الدراسات النتائج الآتية :

– إن من ٢٠ ٪ إلى ٣٠ ٪ من المرضى تقريبا تتحسن اعراضهم تحسنا واضحا .. وأن من ٤٠ إلى ٥٠ ٪ يكون لديهم تحسن متوسط ، وأن من ٢٠ إلى ٤٠ ٪ يظلون مرضى أو قد تسوء حالتهم ، بل وقد يتحول ثلثهم إلى مرض آخر (الفصام مثلا) .

(Kaplan & Sadock , 1996 , P. 407)

– فى حين توصل أحمد عاشة فى دراسة تتبعية لمرضى الوسواس القهرى إن ثلثى الحالات تتحسن فى غضون خمس سنوات بغض النظر عن الطريقة العلاجية أو أن نسبة ٨ ٪ قد تحولت فى غضون خمس سنوات من الوسواس القهرى إلى أعراض ذهان الفصام .

(أحمد عكاشة ،١٩٩٨ ، ص ١٥١)

وقد إطلنا قليلا فى الحديث عن هذا الاضطراب نظرا لكثرة ضحاياه ، وإختفاء العديد من أعراضه خلف العديد من الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية الأخرى .

٥ - إضطراب الضغوط التالية للصدمة

Post`teumatic Stress Disorder (ptsd)

مقدمة :

هذا الإضطراب هو أحد إضطرابات القلق ، ويظهر كرد فعل متأخر أو ممتد زمنيا لحدث أو إجهاد ذى طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الإستثنائية .

وبائيات إضطراب الضغوط التالية للصدمة :

نتائج بعض الدراسات التى ذكرت بعضاً من وبائيات هذا الإضطراب .

* فقد توصلت أحدى الدراسات التى تناولت ضحايا الإعتداءات أو العنف الجنسى قد وجدت إن ١٨ ٪ من ضحايا الإعتداء الجنسى كانوا من الذكور (أطفال أو راشدين) بالرغم من إن الرجال أكثر تحرجا فى الحديث عن مسألة الإعتداء الجنسى عليهم ، ولكن هناك مؤشرات بأنهم يعانون تماما من الضغوط (ما بعد الصدمة) مثلهم فى ذلك مثل النساء سواء بسواء .

(Kasgniak. et . al , 1988)

* وإن نسبة الإنتشار تقدر بـ ١ إلى ٣ ٪ .
* وإن نسبة الذكور للإناث ١ : ٢
* وإن سن بداية الإضطراب أى سن بما فى ذلك مرحلة الطفولة .
* وإن لا يشترط البحث عن تاريخ أسرى فى مثل هذا الإضطراب .

(Khplan, H. & Sadock, B.;, 1996)

* فى حين أوردت دراسة أمريكية إن ٥٤ ٪ من عينة بلغت (٣٨٠٠) من طالبات الجامعة فى ولايات متعددة قررن أنهن اصبحن ضحايا بشكل أو أخر من الجرائم الجنسية وتحقق ١٥ ٪ من هذه الخبرات المحكات القانونية التى تعدها جرائم إغتصاب .

* وفى دراسة أخري تناولت (١٠٠٧) من الراشدين وجد إن أكثر من ثلث العينة (أى ٣٩ر١ ٪) قد خبروا حادثا صدميا واحد على الأقل طوال حياتهم ومن أمثلة هذه الحوادث التى قرروها . إصابة فجائية ، حادثة خطيرة ، اعتداء جسمى ، مشاهدة موت شخص .. الخ

* في حين وجدت دراسة أخرى تناولت (٣٩١) امرأة أمريكية راشدة إن أكثر من ٧٥٪ من افراد العينة ضحايا جريمة واحدة على الأقل وقررت الغالبية أنهن تعرضن لجرائم متعددة ، وإن معدلات الحوادث الصدمية تعددت ما بين : إغتصاب كامل إلى محاولة تحرش ، إلى سرقة ، ، إلى السطو على المنزل ليلا .

(من خلال أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٨ ، ٩٦ – ٩٩)

مفهوم الضغوط : Stress

الضغوط أو الانعصاب مصطلح مشتق أو مستعار من علم الفيزياء ويشير إلى اجهاد أو ضغط أو قوة تمارس ضغطها على الاجسام ، والمصطلح يشير في علم النفس إلى درجة عالية ومرتفعة من الضغوط تقع على كاهل الإنسان ، وأن واستمرار التعرض لمثل هذه الضغوط ، أو زيادة حدتها لدرجة تفوق طاقة الإنسان تؤدى فى النهاية إلى العديد من النتائج السيئة على صحة الفرد .

(Mitchell & Everly, 1996 P. 6)

فى حين إن المرجع الاخير يقرر أن مصطلح الضغوط أو الانعصاب من الممكن أن يكون قريبا من مصطلح الحادث الصدمى Traumatic Events ، وقد اشتق من ذلك ما يسمى بعلم الصدمة Traumatolgy وهو علم يختص بالدراسة العلمية للأثار النفسية والإجتماعية المترتبة على إستمرار الضغوط (بغض النظر عن نوعها) على الفرد .

متى بدأ مصطلح إضطراب الضغوط التالية للصدمة فى الظهور .

يحسن بنا أن نشير فى عجالة إلى عدة حقائق :

١ – إنه قبل عام ١٩٨٠ لم يكن هذا المصطلح له وجود فى الطبعتين الأولى والثانية من الدليل التشخيصى والإحصائى الأول والثانى .

٢ – فى عام ١٩٨٠ تجمع عدد من الأسباب والدلائل والملاحظات فرضت على أعضاء رابطة الأطباء النفسيين إن تفرد تصنيفا تشخيصيا مستقلا يجمع اعراض هذا الإضطراب فى فئة آضطرابية مستقلة .

٣ – أنه بالنظر فى الطبعة الأولى والثانية كان يتم التعبير من مصطلح الضغوط التالية للصدمة بمصطلحات من قبيل : رد الفعل الواضح ، الاضطراب الموقفى العابر ولكن بدون ان يصنف كعصاب .

٤ – أما عن الأدلة التى جعلت أعضاء الرابطة يقررون تخصيص فئة

تشخيصية لهذا الاضطراب وبداية من الطبعة الثالثة ، فكانت عبارة عن الأدلة الآتية :

أ - التراث التاريخى الذى تراكم عبر القرون مشيرا إلى زمله مرضية تالية للكوارث والحروب بصفة خاصة .

ب - الملاحظات التى سجلت عبر التاريخ لغير المتخصصين وأكدتها مشاهدات المتخصصين فيما بعد عن الآثار النفسية للحوادث الضاغطة .

جـ - تجميع المسميات العديدة السابقة لهذه الظاهرة تحت اسم واحد هو إضطراب الضغوط التالية للصدمة .

د - الحالات النفسية المضطربة والناتجة عن حروب كبرى حدثت فى هذا القرن الماضى وأهمها الحرب العالمية الأولى ، والثانية ، والحرب الكورية ، وحرب فيتنام .

هـ- دلائل الإضطراب الواضحة على الأفراد الذين خاضوا تجربة الحروب وظهور أعراض مرضية عليهم حتى بعد مرور أكثر من عشر سنوات على إنتهاء اشتراكهم فى هذه الحروب .

و - إرتفاع معدلات حدوث جرائم الإغتصاب ومعانات الضحايا من أعراض إضطراب محدده تالية لهذه الصدمة .

ز - إرتفاع معدلات إنتشار العنف والإنحراف فى كل من المنزل والطريق .

حـ- بداية الإهتمام بدراسة الضغوط الشديدة ذات المصدر الداخلى (كالإصابة بالسرطان) والضغوط الإجتماعية الشديدة ذات المصدر الخارجى (كفقد العائل) .

ك - التشابه الكبير بين ردود أفعال أشخاص يمرون بحادث صدمى على الرغم من الاختلاف الشديد فى نوعية هذا الحادث : الحرب ، الكوارث الطبيعية ، الإغتصاب، الإصابة بالسرطان ... وغيرها .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٨ ، ١٧٦ - ١٧٧)

المحكات التشخيصية لإضطراب الضغوط التالية للصدمة تبعا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

أ - يكون الفرد قد تعرض لحادث صدمى ، بحيث يوجد المعياران التاليان :

١ - أن يتعرض الشخص لحدث أو أحداث تنطوى على الموت أو على إحتمال التعرض له أو لإصابة خطيرة ، أو خطر يهدد سلامة بدنه ، أو ابدان الغير أو أن يشاهد مثل هذه الأحداث أو أن يواجهها .

٢ – أن تتسم استجابة الشخص للحدث بالخوف الشديد والعجز والرعب .

ملحوظة : قد تتصف استجابة الطفل للحدث بتفكك السلوك أو الفوران بدلا من المظاهر الأخرى .

ب – أن تعاود الخبرة الصادمة الشخص بطريقة أو أكثر من الطرق الآتية :

١ – استرجاع متكرر للحدث يفرض نفسه بشكل مزعج ، ويشمل التخيلات والأفكار والإدراك الحسى .

ملاحظة : قد يعبر الطفل الصغير عن استرجاعه لوقائع الحدث باللعب المتكرر الذى يدور حول موضوع الصدمة أو جوانبها .

٢ – احلام مزعجة متكررة تدور حول الحدث .

ملحوظة : يصاب الأطفال الصغار بإحلام مخيفة دون تذكرهم لمحتوياتها (عقب إستيقاظهم) .

٣ – التصرف أو الإحساس بطريقة توحى بأن الحادث الصادم يتكرر مرة أخرى بما فى ذلك الشعور بأنه يمر بالخبرة مرة أخري ،والخداعات ، والهلاوس ، ونوبات إرتجاع الذاكرة الانفصالى ، بما فى ذلك تلك التى تحدث أثناء اليقظة وفى حالات السكر (الإدمان) إو إختلال الوعى .

٤ – الشعور بمعاناة نفسية شديدة عند التعرض لمؤثرات داخلية أو خارجية ترمز للحادث أو تشبه جوانب منه .

٥ – سرعة ظهور الاستجابات الفيسيولوجية عند التعرض للمؤثرات السابقة .

جـ – المواظبة على تجنب المؤثرات المرتبطة بالصدمة وتبلد الاستجابات بصفة عامة (شريطة عدم وجوده قبل التعرض للصدمة) ، كما يتضح من وجود ثلاثة معايير أو أكثر من المعاير التالية :

(١) تجنب الأفكار والمشاعر المتعلقة بالصدمة أو التحدث عنها .

(٢) تجنب الأنشطة والأماكن والأشخاص التى تستثير ذكريات الصدمة .

(٣) عدم القدرة على استرجاع جانب مهم من جوانب الصدمة .

(٤) تضاؤل ملحوظ فى الإهتمام بأنشطة مهمة أو بالمشاركة فيها .

(٥) الشعور بالانفصال عن الآخرين والإبتعاد عنهم .

(٦) تقلص الانفعال (عدم القدرة على الشعور بالحب) .

(٧) تقلص أبعاد المستقبل (مثل : عدم توقيع الإلتحاق بمهنة أو الزواج أو الإنجاب أو البقاء على قيد الحياة مدة معقولة)

د – إعراض الإثارة المستمرة التى لم تكن موجودة قبل التعرض للصدمة ، كما يتضح من توافر اثنين أو أكثر من المعايير التالية :

(١) صعوبة بدء النوم والإستمرار فيه .

(٢) العصبية ونوبات الغضب .

(٣) صعوبة التركيز .

(٤) اليقظة المفرطة .

(٥) استجابة جفون زائدة .

هـ– أن يستمر الإضطراب (أعراض معايير ب ، ج ، د) لمدة تزيد على شهر .

و – أن يسبب الإضطراب معاناة إكلينيكية ملحوظة ، أو اختلال الوظائف الإجتماعية والمهنية وغيرها من مجالات الأداء الأخرى المهمة .

حدد ما إذا كان الإضطراب :

حاداً : إذا كانت مدة ظهور الأعراض تقل عن ثلاثة شهور .

مزمناً : إذا كانت مدة ظهور الأعراض ثلاثة شهور أو أكثر .

حدد ما إذا كانت :

بداية الإضطراب متأخرة : أى إذا بدأت الأعراض بعد مرور ستة أشهر على الأقل على التعرض للصدمة .

(APA. , 2000)

محكات تشخيص إضطراب الضغوط الحاد :

أ – يكون الشخص قد تعرض لحادث صادم وتظهر عليه كل من الآتى :

١ – أن يمر الفرد بخبرة صادمة ، أو شاهد أو واجه حدثا تضمن الموت أو التهديد بالموت ، أو الإيذاء ، أو تهديد السلامة الجسمية ذاته أو الآخرين .

٢ – تضمن إستجابة الفرد بالخوف الشديد أو العجز أو الرعب .

ب – تظهر لدى الفرد ، إما أثناء وقوع الحادث الضاغط أو عقبه مباشرة ، أربعة على الأقل من الأعراض الآتية :

١ – الذهول (إلى درجة الغيبوبة عمن حوله) ويبدو عليه أنه غير واعى عما يدور حوله .

٢ – إدراك البيئة كما لو كانت غير واقعية .

٣ – إختلال الإحساس بالذات ، كما لو كان الفرد يلاحظ نفسه من الخارج (الانفصال عن الذات) .

٤ – الإحساس الذاتى (كما لو كان مخدرا) ويظهر ذلك فى غياب الاستجابة الإنفعالية أو الشعور بالانفصال عن الأخرين .

٥ – فقدان الذاكرة ، أى عدم القدرة على تذكر الأحداث المرتبطة بالخبرة الضاغطة المؤلمة .

جـ– يظهر لدى الفرد إما أثناء وقوع الحادث الضاغط الصادم ، أو عقبه مباشرة ثلاثة من الأعراض الآتية (أعراض القلق أو غيره) .

١ – خبرة مرعبة مفاجئة من الخوف أو القلق .

٢ – الاستثارة الإنفعالية الزائدة أو تتضمن صعوبة فى التركيز ، الإنتباه المفرط، الإستجابة المفاجئة والمبالغ فيها .

٣ – ظهور العديد من الأعراض أو العلامات الجسمية مثل : الرعشة ، سرعة التنفس ، (النهجان) ، سرعة دقات القلب المتوالية ، توتر العضلات ، الإرهاق ، الشعور بالإجهاد والوهن .

٤ – إن تقتحم ذاكرته الأحداث أو الذكريات المرتبطة بها الصادمة .

٥ – المعاناة من عرض أو أكثر من أعراض إضطرابات النوم .

٦ – سرعة الغضب .

٧ – إثاره نفسية حركية .

٨ – الشعور باليأس وفقدان الأمل .

٩ – الإنطواء الإجتماعى (أو الإنسحاب من الإنشطة الإجتماعية) .

د – يؤدى الإضطراب إلى ضعف واضح أو ضيق ، ويكشف عن نفسه فى المظاهر الآتية :

١ – يتعارض بوضوح مع الإنشطة والمهام الإجتماعية أو المهنية .

٢ – يعوق الفرد عن أمكانية متابعة الواجبات والمسئوليات الضرورية مثل :

الحصول علي المساعدة الطبية ، أو القانونية ، أو حشد أمكاناته الشخصية لكى يبلغ افراد أسرته بالخبرة الصادمة .

هـ يستمر الإنزعاج والتوتر على الأقل لمدة أربع إسابيع (عندما يجب القيام بعملية التشخيص ، ويضف (هـذه الحـالة تصنيفا مؤقتا وقبـل أن يحرز الفرد الشقاء التام) .

د – هذا الإنزعاج لا يرجع إلى نتائج تناول الشخص لمادة (مادة مخدرة) أو أى إضطرابات نفسية (تناول أدوية نفسية) أو أى إعراض مرضية أخرى .

(APA. , 2000)

ملحوظة :

يضيق المقام عن إستعراض محكات التشخيص الخاصة بإضطراب الضغوط التالية للصدمة فى الدليل الرابع مقارنة مع الدليلين الثالث DSM III , 1980 والدليل التشخيصى الثالث المراجع DSM III R , 1982 لكن نتيجة للعديد من الملاحظات والدراسات ، ولكى تكون هذه الفئة قريبة مما هو مذكور فى التصنيف الدورى العاشر للأمراض الذى تصدره منظمة الصحة العالمية (Icd, 10, 1994) ، فقد تم إدخال العديد من التعديلات ظهرت فى الطبعة الرابعة مثال :

– فى العبارة التى تصف العنصر الضاغط Stressor فى المحك (أ) من الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل ونصها : « خارج مدى الخبرة الإنسانية المعتادة » قد حذفت لأن صياغتها غير دقيقة وما تثيره من أفكار) قد لا يكون متفق عليها ، وبدلا من هذا المحك السابق فإن المحك (أ – ٢) فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع يتطلب أن تكون إستجابة الشخص للعنصر الضاغط متضمنة بالضرورة ودرجة عميقة من كل من الخوف Fear والعجز Helplessness ، أو الرعب Horror .

(DSM III , 1980, P. 783)

وغيرها من التعديلات والتى اوردنا منها مثالا للدلالة على هذا المنظور التطورى للفئات التشخيصية ، وإجراء التعديلات بها كلما أثبتت الدراسات والملاحظات ذلك .

الإضطرابات الأخرى التى من الممكن أن تتداخل فى فئة إضطراب الضغوط التالية للصدمة :

أوردنا هذا الجزء لبيان أمرين :

الأول : أنه من النادر أن يوجد أضطراب الضغوط التالية للصدمة فى حالة (نقاء) أى بمفرده .

الثانى : إن الابحاث والدراسات قد أثبتت تداخل هذا الإضطراب مع غيره من الإضطرابات الأخرى سواء أكانت نفسية أم عقلية أم إضطرابات شخصية أم إنحرافات سلوكية .

– حيث يتداخل هذا الإضطراب مع الفئات التشخيصية الآتية :

أ – الإكتئاب الجسيم Major Depression

ب – إضطرابات الشخصية المضاده للمجتمع Antsocial

جـ – إضطراب الوسواس القهرى ،

د – إضطراب المخاوف المرضية .

هـ – إضطراب القلق العام .

و – الوظائف الجنسية .

ز – وظائف تقدير الذات .

حـ – إضطرابات الإدمان على الكحوليات والعقاقير.

ط – إضطرابات سواء التوافق ، (حيث الإندفاعية واللجوء إلى سلوك المغامرات غير محسوب العواقب والنتائج) .

(Kllpatric, et . al , 1987)

(Daniels & Scur Field , 1994)

تفسيرات أسباب إضطرابات الضغوط التالية للصدمة :

تعددت التفسيرات التى قدمت لأسباب إضطراب الضغوط التالية للصدمه . ونستطيع حصر هذه العوامل فى :

أولا : التفسيرات البيولوجية :

تحاول النماذج البيولوجية تفسير ظهور إضطراب الضغوط التالية للصدمة على مستويات مختلفة .

– فقد تم دراسة التأثيرات الفسيولوجية حين يتعرض الفرد لضغط صادم أو قوى ،وتم تفسير ذلك بإن الصدمة تؤدى إلى تغييرات فى نشاط الناقلات العصبية

Neurotransnll' Her Activity ، والذى يؤدى بدوره إلى مجموعة من النتائج مثل: أعراض فقدان الذاكرة الحاده ، الإستجابات الإنفعالية ذات الشدة والثورات الإنفعالية والغضب والعنف .. وإن مثل هذه الثورات ترتبط بالنشاط الزائد لأفراز الغدة الادرينالية والمثيرات المرتبطة بالصدمة .

– كما درست **كيمياء المخ** الحيوية ، والنقص فى مستوى الجهاز العصبى المركزى من الادرينالية وما يترتب على ذلك من إختلالات فى الوظائف مثل : فقدان الشعور باللذه ، الإحساس بالحذر (الذى يشبه حالة الحذر فى تناول المخدرات) وكذا الاستحاب من الأنشطة الإجتماعية .

– وكذ دراسات التغيرات التى تحدث فى **الجهاز العصبى المركزى** أو التعرض المفاجئ ، أو المستمر أو الشديد للضغوط الصادمة تقود إلى العديد من النتائج السلبية التى قد تسبب تدمير أو تغيير فى المسار العصبى .

– كذلك دراسات قد تناولت أثر الصدمه على **المخ** ، ومايترتب على ذلك من حدوث تغيرات تتجلى فى التغيرات التى تحدث فى وظيفة السيروتنين والتى قد ترتبط بفقدان الشعور باللذة ، أو (الانحباس) فى الخبرة الصادمة والذكريات (المؤلمة) والتى أرتبطت وتفاعلت معها (Crakem, 1999 pp. 340 - 3 42)

ثانيا : التفسيرات النفسية :

تتعدد المداخل النفسية التى قدمت لتفسير إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أهم هذه النماذج ذلك النموذج التفسيرى الذى قدمه كل من فو و كوزاك Food al Kizak وهو نموذج معرفى سلوكى يتضمن عنصر المعنى Meanly فى الحادث الضاغط ، ويستخدم هذا النموذج مفهوم (تراكيب الخوف الذى وضعه (لانج) Lang حيث يفترض من هذا النموذج السببى إن الإستجابة التى تترتب على الخبره الصادمة تضم عناصر ثلاثة هى :

١ – معلومات عن موقف المثير الصدمى .

٢ – معلومات عن الإستجابات الفسيولوجية والمعرفية والسلوكية التى ترتبت على المثير الصدمى .

٣ – الرابطة (أو الإقتران الشرطى) ما بين المثير الصدمى والإستجابة المتوقع أن تصدر عن الفرد .

وافترض كل من (فو) و(كوزاك) إن مركب الخوف والذى يضم العديد من

المكونات المرضية والإنفعالية يتضمن أيضا معني الحـــادث الصدمى على أنه خطر (قد يهدد حياة الشخص أو يصيبه بأضرار لا قبل للفرد يتحملها) ، كما أفترضا كل من (فو) و(كوزاك) إن إضطرابات القلق (بأنواعها المختلفة) قد تغزوالفرد حين يدرك أنه يتعرض لمثير صدمى غامض أو خطر وأن فكرة (تلاشى الإحساس بالأمان) تزيد من النتائج الضارة .

(Fia. et , 1992)

وهناك نموذج آخر سببى قدمه كل من (كار كالهون ، وباتريشيا ريسكKateu C al Ptrica. R . وعرضا له بالتفصيل من خلال استراتيجيات تجريبية متنوعة .

(كارين كالهون ، باتريشيا ريسك ، ٢٠٠٢ ، ١١٥ - ٢٢٥)

العـلاج :

هناك مجموعة من العـلاجات التى قدمت لمضطربى هذا النوع من الإضطرابات منها نموذج العـلاج السلوكى Behaviour Therapy . وقد تم التوصل - من خلال الخبرة العلاجية - إلى وجود خمس نماذج وطرق علاجية سلوكية لهذا النوع من الأضطراب هى :

١ - العلاج الإنفجارى Implisive والغمر المتخيل Imaginal Flooding .

٢ - التسكين المنظم Syctematic Desensiti Sation .

٣ - الاعادة أو التكرار السلوكى Behavio Ural Rehearsal .

٤ - التمرين على التحصين ضد الضغوط Stress Inoculation Taaining .

٥ - التعرض العلاجى المباشر .

(أحمد عبد الخالق ١٩٨٨ ، ٢١٤ - ٢١٩)

العلاج بالعقاقير :

حيث عولج إضطراب الضغوط التالية للصدمة والذى يرافقه أعراض إكتئابية ظاهرة عضادات الإكتئاب Antidepressants، ، ويرتبط إستخدام المركبات ثلاثية العناصر والمهبطات عادة بالتناقص فى شدة الأعراض المستديمة وتكرارها ومنها الكوابيس .

(أحمد عبد الخالق ،١٩٩٨ ، ٢٢١)

والعلاج المعرفى - السلوكى (بشقيه الفردى - الجماعى) :

حيث يشترك مجموعة من الأفراد الذين تعرضوا لتجربة صادمة (سواء

بطريقة فردية أو بطريقة جماعية ، وإستخدام) العديد من الفنيات المعرفية القائمة على فحص الأفكار (اللاعقلانية) التى إرتبطت بالحادث الصادم ومحاولة (وضعها) فى إطار واقعى (غير مبالغ فيه) ثم إستبدال ما هو غير واقعى بما هو واقعى .. وغيرها من الفنيات التى تهدف إلى علاج الفرد وإعادة توافقه مع الذات ومع الآخرين حتى يعاود نشاطه المهنى والإجتماعى كما كان قبل أن يتعرض للحادث الصادم أو الضاغط .

(Micbelle . Craske, 1999 , 4 . 344)

مسار ومآل إضطراب الضغوط التالية للصدمة :

١ – مسار مزمن .

٢ – العودة إلى معايشة الصدمة لمدة سنوات .

٣ – مآل سيئ إذا كان المريض يعانى من حالة مرضية نفسية قبل تعرضه للحادث الصادم الاخير.

(Kaplan, H. & Sadock, B. , 1996)

مراجع الفصل

١ – أحمد عكاشة (١٩٩٨) **الطب النفسى المعاصر** ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

٢ – أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٤) ، **الدراسة التطورية للقلق** ، حوليات كلية الآداب ، الكويت ، الحولية الرابعة عشر ، الرسالة التسعويه .

٣ – أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٢) ، **الوسواس القهرى – التشخيص والعلاج ،** الكويت ، مجلس النشر العلمى ، جامعة الكويت .

٤ – أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٨) **الصدمة النفسية، مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقى على دولة الكويت** ، الكويت ، مطبوعات جامعة الكويت .

٥ – أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٥) ، **سيكولوجية الموت والإحتضار** ، الكويت ، مجلس النشر العلمى .

٦ – أمثال هادى ، أحمد عبد الخالق (٢٠٠٢) . مدى فاعلية تمرينات الاسترخاء العضلى فى تخفيض القلق لدى طالبات الثانوى الكويتيات ، القاهرة ، مجلة دراسات نفسية ، المجلد (١٢) ، العدد (٢) ص ص ٢٧٣ – ٢٩٤ .

٧ – ب . دى . سيلفا (٢٠٠٠) . **فحص الوساوس والأفعال القهرية فى كتاب : مرجع فى علم النفس الإكلينيكى للراشدين،** تحرير س .ليندزاى ، ج . بول . ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ٥٧ – ٨٠ .

٨ – تيموثى براون ، تريس أوليرى ، ديفيد بارلو (٢٠٠٢) . **إضطراب القلق المعمم** فى كتاب : **مرجع اكلينيكى فى الإضطرابات النفسية – دليل علاجى تفصيلى،** أشرف على الترجمة والمراجعه : صفوت فرج ، القاهرة . مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ٣٣٣ – ٤٦٨ .

٩ – جمعة سيد يوسف (٢٠٠١) ، **النظريات الحديثة فى تفسير الأمراض النفسية ، مراجعة نقدية** ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

١٠ – حسين عبد القادر (١٩٩٣) **تعريف مصطلح المخاوف، فى موسوعة علم النفس والتحليل النفسى** ، إشراف فرج طه ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .

١١ – ديفيد شيهان (١٩٨٨) . **مرضى القلق** ، ترجمة عزت شعلان ، مراجعة أحمد عبد العزيز سلامة ، عالم المعرفة ، الكويت ، العدد (١٢٤) المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب .

١٢ – ديفيد ريجز ، إد نافوا (٢٠٠٢) . **إضطراب الوسواس القهري في كتاب : مرجع اكلينيكي في الإضطرابات النفسية – دليل علاجي تفصيلي** ، إشرف على الترجمة والمراجع : صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلوا المصرية . ص ص ٤٦٩ – ٥٧٦

١٣ – رأفت عسكر (١٩٩٠) . **مدى فاعلية إختبار تفهم الموضوع في الكشف عن المؤشرات الاوديبية لدى المصابين بالمخاوف المرضية** – دراسة إكلينيكية ، ماجستير غير منشور ، آداب الزقازيق .

١٤ – عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) **العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث إساليبه وميادين تطبيقة** ، القاهرة ، غير مبين مكان النشر ،الطبعة الثانية .

١٥ – عبد الستار إبراهيم ، عبد العزيز الدخيل ، رضوى إبراهيم (١٩٩٣) . **العلاج السلوكي للطفل – أساسية ونماذج من حالاته** ، عالم المعرفة ، الكويت ، العدد (١٨٠) ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .

١٦ – كارين كالهون ، باتريشيا ريسك (٢٠٠٢) . **إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة،** ترجمة : مصطفى أحمد تركي في كتاب : مرجع اكلينيكي في الإضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي ، إشراف على الترجمة والمراجعة : صفوت فرج، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ٢٢٧ – ٣٣٢ .

١٧ – لويس مليكة (١٩٩٠) . **العلاج السلوكي وتعديل السلوكي** ، الكويت ، دار القلم.

١٨ – محمد حسن غانم (٢٠٠٤) **إتجاهات حديثة في العلاج النفسي** ، القاهرة ، جامعة حلوان .

١٩ – محمد حسن غانم (٢٠٠١) **حياتك بلاخوف** ، كتاب اليوم الطبي ، القاهرة ، مؤسسة أخبار اليوم .

٢٠ – محمد حسن غانم (٢٠٠٥) ، **مقدمة في علم النفس المرضي** ، الإسكندرية ، المكتبة المصرية .

٢١ – مايكل كراسك ، ديفيد بارلو (٢٠٠٢) . **إضطراب الهلع ومخاوفة الأماكن المفتوحة** ، ترجمة صفوت فرج في كتاب : مرجع اكلينيكي في الإضطرابات النفسية – دليل علاجي تفصيلي ، أشرف على الترجمة والمراجعة : صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية . ص ص ١ – ١١٢ .

٢٢ – منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) ، **المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD : 10 ، تصنيف الإضطرابات النفسية والسلوكية ، النسخة العربية ، الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية التخصصية** ، القاهرة ، المركز

الإقليمى المتوسط .

٢٣ – وائل أبو هندى (٢٠٠٣) ، **الوسواس القهرى من منظور عربى – إسلامى** ، عالم المعرفة ، الكويت العدد ٢٩٣ . المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب .

24 - American Psychiatric Association (1994) , **Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders,** 4 th. ed. washington. D.C

25 - American Psychiatric association (2000). **Diagnstic and statistical manual Revieu of mental Disor Drrs**, washington. D.C.

26 - Craske . M. (1999) . **Anxiety Disorders Psycholog cal Approaches to theory and Treatment, lo ndon**, Westview Press.

27 - Davsoson, G. & nealej . (1994) . **Abnormal psychology , 6 thed.,** new york, Johnwiley & sons lmc.

28 - Daniels, L. & scur Field, R. (1994) **war - related thaumatic Stress disorder chemical addictions and - non - chemical habituating Lehaviors** im M. B. williams & J. F. sommer, J. (EdS.) Hand book of post-traumatic therapy, london : Green wood press., P P. 205 - 217

29 - Foa, E. & **char Mbless.** D., (1982) . **Habituation of subjective mxiety during Flooding in imagery. Behaviour Research** , vol(45) PP. 177 - 185.

30 - KA plan. , Sadock. B. (1996). **pocket Hand book of clinicsal psychiatry,** london , williams & wilkin, 2 ed.

31 - Kendler, K. , neale. M. , Kessler, R. , Heath, A op Eaves,l. (1992) **Generalis2ed anxiety disorder in women : Apopulation - basod twin st udy. Archiver of General psychiatry,** vol (40), PP. 267 - 277.

32 - Karon. M., Golding. J. , Soresen,s & Bulnam, A.(1988) the **pidemiology of OCD lni Five U.S. communiter . Archiver OFG General psy chiatry**, vol (45) . PP. 1094 - 1099 .

33 - Kilpatric K.D. (1987) Rape Vietime : Deteiction **assessmen** Teand **Tteat Ment. clini** calpsychologist , vol (36) . PP. 92 95 .

34 - Kessler, R., Mc Gonaglek. , **2 ako,** nelson, c. Hughes. et al (1994) . lifetime and 12 - Month **pre valence** of DSM - III R. psychiatric disorder in the united states . Archives of **General** psychiatry, 51, PP. 8 - 19.

35 - Kyrios, M., Bhar,s.,ap wade, D., (1996) . the **assess ment** of obsessive - compulsive **phen omenai** psychometric and normative data on the **padua** inventory from an Australian non - clinical student sample. Behavior Research ap therapy, Vol (34) PP. 85 - 95 .

36 - Kaplan, H., ap sadock. B. (1991) . synopsis of **psychiat Ry :** Behaviorol science clinical psychiatry. Baltimore : williams ap wilkins, 6th . ed. Karren, L., ap syrjala . R. (1999) : cancer pain : psychologicap Factors in pain , critic ap perspectivec . new yanpr : wiley

37 - Mitchellj. , & Everly, G. (1995) . crtical incident stress debriefing cisd : anoperations manual for the prevention of traumatic stress among emeryency service and disaster workers. Ellicott city. chevlon **publishng** corporaton, sned.ed.

35 - Mayers.J., weissman,M., tischer, c. **Hol 2er.c**. orvaschel, H.., and et al (1989) . six-month prevalence of psychiatric disorder inthree communities Archives ofGeneral psychiatry, Vol (41) PP. 959 - 962 .

36 - Weissman, M. (1985) the epidemiology of Anxiety disorder : Rates , risks, and Familial patterns in A.H. Tuma op J.D. Maser (Eds) , Anxiety and the anxiety disor ders. Hillsdale, Nt : Erlbaum .

37 - World Health organi2ation (1992) . the ICD-10 classification of Mental and behavloural disorder, clinical descripton and diagnosticguidelined, Geneva.

الفصل الثالث

إضطرابات الوجدان

محتوي الفصل

- مدي إنتشار الإضطرابات الوجدانية
- حقائق عن الإضطرابات الوجدانية.
- تعريف الإضطرابات الوجدانية.
  - أ - تعريف علم النفس.
  - ب - تعريف الطب النفسي.
- تصنيف الإضطرابات الوجدانية.
  - أولا : الإكتئاب الجسيم وأنواعه ومحكات تشخيصه.
  - ثانيا : إضطراب عسر المزاج.
  - ثالثا : إضطراب الهوس : تعريفه - كيفية تشخيصه وأنواعه.
  - رابعا : إضطرابات إزدواج القطبية : الأنواع - محكات التشخيص.
- أسباب الإضطرابات الوجدانية.
  - أولا : أسباب بيولوجية.
  - ثانيا : أسباب نفسية - إجتماعية.
- علاج الإضطرابات الوجدانية.
- مآل الإضطرابات الوجدانية.

إضطرابات الوجدان أو المزاج
Mood Disrders

مدي إنتشار الإضطرابات الوجدانية :

تعد إضطرابات الوجدان (المزاجية أو الأنفعالية) من أكثر الإضطرابات شيوعا، وهى مسئوله عن كثير من المعاناة والآلام النفسية . ويكفى القول إن ٥٠ – ٧٠٪ من محاولات الانتحار الناجحة بين المجموع العام سببها الإكتئاب . ومن العسير تحديد نسبة إنتشار هذا المرض نظراً لأن الحالات البسيطة تشفى تلقائيا ولا تتردد على الأطباء .

وعلى سبيل المثال تقدر منظمة الصحة العالمية فى دراستها المسحية للإكتئاب فى العالم : إن هناك ما لا يقل عن (١٠٠) مائة مليون شخص يعانون من الإكتئاب وفى مناطق متعددة من العالم . وإن هذا العدد من المصابين بالإكتئاب يوثر فيما لايقل عن ثلاثة أضعاف هذا العدد فى الآخرين الذين يتعاملون أو يتواجدون معهم . (Sartorius, 1993 , PP : 47 - 155)

كما أن هذه الإضطرابات تنتشر بصورة كبيرة فى عالمنا العربى . فعلى سبيل المثال وجد أحمد عكاشة : إن نسبة الإضطرابات الوجدانية (خاصة الإضطرابات الإكتئابية) اقتربت كثيرا بين الريف والحضر وتلاشى الإختلاف . حيث وجد نسبة الأعراض الإكتئابية بين مجموع الشعب فى مجموعة ريفية حوالى ٣٦٪ مقارنة مع مجموعة من الحضر حوالى ٣٢٪ . أما الإضطرابات الوجدانية فتراوحت بين ٤ – ٧٪ من هذه العينة .(أحمد عكاشة . ١٩٩٨ ، ٣٦٢)

وقد وجد عبد الستار إبراهيم إنتشار العديد من مظاهر الإضطرابات الإكتئابية بين أعداد كبيرة من الطلاب فى إحدى الجامعات السعودية بما فى ذلك : الميل إلى لوم الذات (٦٤٪) ، والشعور بالعجز (٥٢٪) ، فقدان الشهية (٩٤٪) ، إضطرابات النوم (٨٣٪) . وبالمثل فقد عبر أفراد كثيرون من نفس العينة عن أعراض أخرى ذات متضمنات مرضية منها : العجز عن التركيز (٥٤٪) ، الخجل الشديد (٥٣٪) ، التشنج عندما تثور أعصابهم (٤٢٪) والصعوبات الدراسية (٣٣٪) وغيرها من الأعراض.

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ٣٧ .)

كما أن التقارير الطبية والكلينيكية تؤكد إنتشار هذه الإضطرابات فى كثير من دول العالم (بغض النظر عن محك التقدم من عدمه) . فقد وجد أحمد عكاشة إن نسبة الإضطرابات الوجدانية بين مرضى النفوس فى مصر تصل إلى ٥ر٢٤ ٪ موزعة كالآتي :

٧ر١٩ ٪ إكتئاب تفاعلى على اعسر المزاج .

٦ر٨ ٪ ذهاب المرح الإكتئابى (إضطراب وجدانى ثنائى القطب) .

٢ر٥ ٪ إكتئاب سن اليأس (نوبة إكتئابية متأخرة) .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ٣٦٢)

حقائق عن الإضطرابات الوجدانية :

١ – لوحظ أن هذه الإضطرابات يزيد إنتشارها بين الطبقات المثقفة مقارنة بالطبقات التى لايسود فيها الثقافة .

٢ – لوحظ أن هذه الإضطرابات يزيد إنتشارها بين الطبقات العليا وذات المستوى الإقتصادى – الإجتماعى المرتفع عكس الحال فى الطبقات الدنيا التى يسود فيها (إضطراب الفصام) .

٣ – تتزايد نسبة الإضطرابات الوجدانية بين النساء أكثر من الرجال وتصل النسبة إلى ٣ : ٢ ويؤول ذلك بأن النساء يقبلن العلاج النفسى أكثر من الرجال .

٤ – وجدت العديد من الدراسات إن حوالى ٣/٤ من مرضى الذهان الوجدانى يتميزون بالشخصية النوابية قبل المرض (التى تتميز بسمات نفسية / وجدانية ، وجسمية ، حيث يميل الجسم إلى البدانة مع غلظ وقصر الرقبة ودوران الوجه وكبر البطن مع أطراف ضعيفة إلى حد ما .

٥ – يرى البعض إن الشخصية النوابية ما هى إلا محك من خلاله يمكن الإرتكاز إلى حقيقة إحتمال) إصابة الفرد بالإضطراب الوجدانى ثنائى القطب .

٦ – يتنبأ الكثيرون من العلماء بزيادة هذه الإضطرابات مستقبلا نظرا للعديد من العوامل الإجتماعية والإقتصادية والتى تقود بدورها إلى زيادة الضغوط ، وإضطراب القيم والتى تنعكس بلاشك على نفسية الفرد فتصيبه بهذا الإضطراب .

(Kaplan, H. & Sadock,, B, 1996)

٧ – إن الإضطرابات الوجدانية تنتشر بدرجة تفوق إنتشار الإضطرابات

العقلية والعضوية.

٨ - رغم كما ما سبق لا يوجد أحصاء دقيق لعدد المصابين بالإضطرابات الوجدانية للأسباب الآتية :

أ - إن هذه الفئة قد لا تقدم على دخول المستشفيات ونادرا ما تتقدم طالبة للعلاج النفسى .

ب - إن نسبة كبيرة قد تعانى من إضطرابات جسدية أما عضوية خالصة كمرض مزمن ، وإما مرض سيكوسوماتية ، وفى كلا الحالتين يصاحبها الإضطرابات الوجدانية .جـ - إن الإضطرابات الوجدانية تزامل وترافق ، الكثير من الإضطرابات العقلية .

د - إنخفاض الوعى الثقافى النفسى والطبى وبالتالى لا تتجه الحالات الوجدانية للعلاج إلا فى حالات نادرة .

هـ - فى بعض الإضطرابات الوجدانية - وفى الغالب - لا يحدث تفكك للشخصية ويتحمل المريض المسئولية كاملة عن تصرفاته .

(آمال عبد السميع باظة ،١٩٩٧ ، ٢٠٦)

تعريف الإضطرابات الوجدانية :

أ - تعريف علم النفس للإضطرابات الوجدانية :

يقصد به عدم مناسبة الإنفعال - سواء من حيث شدته أو من حيث نوعه - للموقف الذى يعايشه الفرد ، وعلى هذا فسوف نجد العديد من الإضطرابات الإنفعالية منها الإضطراب الهوسى وفيه يبدو الشخص مرحا ، متفائلا ، سعيدا ، مرتفع الروح المعنوية ... وهناك الإضطراب المناقض والذى يعرف بحالة الإكتئاب وفيه يبدو الشخص حزينا ، مهموما ، متشائما يائسا من الحياة ... وقد تتناوب الحالتان السابقتان على نفس الشخص فيبدأ بنوبة من الهوس تعقبها نوبة أخرى من الإكتئاب مباشرة ، أو قد تفصل بين النوبتين فترة من الشفاء ، أو قد يبدأ بنوبة من الإكتئاب تليها نوبة من الهوس وهكذا .

كما أن هناك عرضا أخر من إضطرابات الوجدان يتمثل فى : عدم الإستقرار الإنفعالى Emotional Instability ، ويتمثل فى ضعف سيطرة الشخص على إنفعالاته بحيث يستثيرها أضعف المثيرات . كذلك تعد البلاده الإنفعالية Emotional Hebetude نوعا من الإضطرابات الوجدانية ، حيث تبدو إنفعالات الشخص متبلدة

ازاء ما يسمع أو يرى من أحداث .

(فرج عبد القادر طه ، ١٩٧٩ ، ٧١ – ٧٢)

ب – تعريف الطب النفسي :

يعرف إضطراب الوجدان بأنه نبرة إنفعالية مسيطرة تمتد من الحزن إلى الإنتعاش وما بينهما من درجات متفاوته من الإنفعال ، وتتصف إضطرابات الوجدان بظهور مشاعر إكتئاب أو إنتعاش غير سوية تصحبها سمات ذهانية فى بعض الحالات الشديدة . وتنقسم إلى إضطرابات مزدوجه القطبيه (Dipolar) وأخرى إكتئابية .

(Kaplan, H. & Sadock. 1991)

تضيف الإضطرابات الوجدانية :

وتصنف إلى الإضطرابات التالية :

أولا - إضطراب الإكتئاب الجسيم : Majordepressive Disvdem

وهناك العدد من المعايير والمحكات التى يمكن الاستناد إليها فى التشخيص :

أ – معايير تشخيص نوبة الإكتئاب الجسيم وفق الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع:

– ومن هذه الأعراض :

١ – وجدان مكتئب طوال معظم ساعات اليوم (كما يؤكد ذلك المريض ، أو الأشخاص المحيطين به) .

٢ – إنخفاض ملحوظ فى الإهتمامات والشعور باللذة فى كافة الإنشطة أو معظمها فى أغلب الأيام .

٣ – إنخفاض فى الوزن بصورة كبيرة رغم عدم إتباعه نظام (ريجيمى) خاص ، أو حدوث إزدياد فى الوزن على أن تتجاوز الزيادة نسبة ٥٪ من وزن الجسم فى الشهر الواحد .

٤ – الارق أو فرط النوم (المعاناة من صورة أو أكثر من صورة إضطرابات النوم) .

٥ – البطء الحركى أو الإفراط الحركى يوميا وعلى وجه التقريب .

٦ – سرعة الشعور بالإجهاد ، وضعف النشاط يوميا .

٧ – الشعور بالدونية ، أو فرط الشعور بالذنب دون مبرر كاف (قد يرقى إلى

مستوى الضلاله) وذلك بصورة يومية .

٨ – ضعف القدرة على التركيز والتفكير ، ووجود صعوبات فى إتخاذ قرارات يومية .

٩ – كثرة فى الأفكار المرتبطة بالموت وما بعده ، ووجود أفكار إنتحارية متكررة ، دون خطة محددة ، أو محاولة الإنتحار ، أو التخطيط للإنتحار .

ملاحظات :

أ – لكى نشخص نوبة الإكتئاب الجسيم لابد من توافر خمسة أعراض (أو أكثر) من الأعراض السابقة .

ب – أن يعانى الشخص من هذه الأعراض لمدة إسبوعين متصلين .

جـ – أن نلاحظ وجود تغييرات فى قدرة المريض (مقارنة بالسابق)

د – يشترط الا تنطبق على الأعراض معايير نوبات الوجدان المختلطة .

هـ – يشترط أن تؤدى الأعراض إلى معاناة ظاهرة ، أو تعطل فى الوظائف الإجتماعية أو المرضية أو غيرها من المجالات المهمة الأخرى .

و – يشترط أن لا تكون الأعراض نتيجة فسيولوجية مباشرة لتعاطى مادة مخدرة أو دواء ، أو نتيجة مرض جسمى عام (مثل نقص إفراز الغدة الدرقية) .

ز – الا تنطبق على الأعراض معايير الفجيعة bereavement أى الحزن الناتج عن وفاة شخص محبب وقريب من نفس الشخص .

(APA , 2000)

ب – بيانات تستند إلى تاريخ الحالة :

إذ لابد من توافر الأعراض الآتية :

١ – العجز عن الإحساس باللذة Anhedonia

٢ – الإنطواء أو الانسحاب تدريجيا من محيط الأسرة والأصدقاء .

٣ – معاناة الشخص من العلامات والأعراض الجسدية الآتية :

أ – فقدان الرغبة الجنسية .

ب – فقدان الشهية للطعام وبالتالى انخفاض الوزن .

جـ – زيادة الوزن الناتج عن الشره للطعام .

د – إنخفاض فى مستوى النشاط .

هـ – سرعة الشعور بالإجهاد .

و – إضطرابات الدورة الشهرية (لدى السيدات) .

ز – المعاناة من إضطراب أو أكثر من إضطرابات النوم . ويعد الإستيقاظ المبكر من النوم (أرق نهاية الليل) القاسم المشترك لدى مرضى الإكتئاب حيث يعانى حوالى ٧٥ ٪ من مرضى الإكتئاب من أرق النوم أو فرط النوم .

حـ – الإمساك .

ط – الصداع المستمر (دون سبب عضوى واضح) .

٤ – إن الفحص النفسى لمريض الإكتئاب يوقفنا على وجود العناصر التالية :

أ – السلوك والمظهر العام للمريض : ويتضح من خلال العلامات الآتية :

– البطء النفسى الحركى أو الفوران (الإفراط) النفسى الحركى .

– تجنب النظر فى وجه المعالج (أو الآخرين الذين يتحدثون معه) .

– سرعة البكاء .

– إنكسار الخاطر .

– عدم الإهتمام بالمظهر الشخصى الخارجى .

ب – الإنفعال : حيث نلحظ أن الشخص :

– مكتئب .

– عصبى .

– سريع الشعور بالإحباط .

– تنتابه حالة مستمرة من الحزن (دون إرتباط ذلك باحداث خارجية) .

جـ – الكلام : حيث نجد الآتى :

– قليل

– يندر أن يصدر تلقائيا .

– مقتضب .

– فترات طويلة من الصمت .

– نبراته خافتة وناعمة ورتيبة .

د – محتوى التفكير : حيث نلحظ الآتى (إبان الفحص النفسى) :

– وجود قدر كبير من الأفكار الإنتحارية حيث تنتاب هذه الأفكار ما يقارب ٦٠ ٪ من مرضى الإكتئاب .

- يقدم ١٥ ٪ من مرضى الإكتئاب على الإنتحار .
- الاجترار الوسواسى .
- تغلغل مشاعر اليأس
- تغلغل مشاعر الدونية .
- سيطرة الشعور بالذنب .
- إنشغال دائم ومستمر ومكثف بأمكانية حدوث إضطرابات وتوقف فى وظائف الجسم .
- فقر وضحالة فى محتوى التفكير .
- وجود هلاوس وضلالات تدور فى الغالب حول محاور العدمية ، والفقر ، والشعور بالذنب .

هـ الوظائف المعرفية : حيت نجد :

- تشتت الإنتباه .
- صعوبة فى التركيز .
- شكوى مستمرة من ضعف الذاكرة .
- فقر فى القدرة على التجريد .
- فقدان الإستبصار .
- ضآلة فى الحكم على الأمور .

و - علامات ترتبط بفئات العمر : حيث وجدت العديد من الدراسات والملاحظات الكلينيكية وجود أعراض وعلامات معينة تميز فئات الإكتئاب وفقا للفئة العمرية التى ينتمى إليها الشخص .

أ - إبان مرحلة الطفولة : حيث نجد العلامات الآتية :

- تسود الشكاوى الجسدية .
- الأفراط الحركى .
- الهلاوس السمعية ذات الصوت الواحد .
- المعاناة من مظهر أو أكثر من علامات القلق .
- المعاناه من مظهر أو أكثر من علامات المخاوف المرضية .

ب - إبان مرحلة المراهقة : حيث نجد العلامات الآتية :

– سوء إستخدام المواد المخدرة .

– الهروب من المدرسة .

– العربده الجنسية .

– الحساسية المفرطة – المرضية لأى إنتقادات من جانب الآخرين السلوكية .

– عدم الاستقرار .

– القيام بسلوك أو أكثر من السلوكيات المضادة لقيم وعادات وتقاليد المجتمع .

– متاعب دراسية (أو مهنية) .

– عدم مراعاة شروط وأصول النظافة الشخصية .

جـ – إبان مرحلة الشيخوخة : حيث نجد العلامات التالية :

– فقدان الذاكرة .

– إضطراب الوعى .

– الخرف الكاذب أو خرف الإكتئاب .

– تبلد الإنفعال إزاء الأحداث الخارجية .

– فرط تشتت الإنتباه .

حـ – علامات أخرى يمكن من خلالها تشخيص نوبة الإكتئاب الجسيم :

– يصيب هذا المرض النساء أكثر من الذكور .

– تؤدى العوامل المرسبة إلى المرض فى ٢٥ ٪ من الحالات .

– يتصف بتقلب الأعراض النهارى حيث تصبح أكثر سوءا فى أوقات الصباح المبكر.

– ظهور البطء أو الفوران النفسى الحركى تصحبه أعراض جسيمة وضلالات متوافقة مع الوجدان .

– يصيب الأشخاص لأول مرة فى سن الأربعين (وإن كان ظهوره فى أية سن وارادا) .

– تلعب العوامل الوراثية دورا فى حدوثه .

تصنيف الإكتئاب الجسيم : ويصنف إلى الفئات الآتية :

أ – الإكتئاب المصحوب بسمات سوداوية Melancholic ويشخص – وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع كالآتى :

١ – شعور شديد بالذنب ليس له مبرر كاف .

٢ – فقدان الشهية ونقص الوزن الشديد .

٣ – بطء حركى أو فرط حركى .

٤ – الإستيقاظ فى ساعات مبكرة من الصباح (أى قبل موعد إستيقاظه المعتاد بساعتين على الأقل) .

٥ – يزداد الإكتئاب سوءا فى الصباح وبصورة منتظمة .

٦ – وجود علامة أو أكثر من العلامات التى تميز الوجدان المكتئب .

ملاحظات :

– لابد من توافر ثلاثة وأكثر من الأعراض السابقة حتى يمكن التشخيص .

– ظهور عرض من العرضين التاليين عند ظهورهما أثناء أكثر فترات النوبة الحالية شدة :

أ – فقدان الاحساس باللذة تجاه كافة الأنشطة أو معظمها .

ب – فقدان القدرة على الإستجابه للمؤثرات الممتعة فى العادة ، أى أن الشخص لم يعد يستمتع بالأحداث السارة (كما كان العهد به فى الماضى) .

ب – نوبة الإكتئاب الجسيم المزمنة : وتتصف بالآتى :

– تستمر لمدة تزيد على السنتين علي الأقل .

– أكثر حدوثا لدى الذكور من المسنين .

– تصيب أكثر الأشخاص الذين يسيؤن استخدام المخدرات أو الكحوليات .

– تكون الإستجابة للعلاج ضعيفة .

– تبلغ نسبته من ١٠ إلى ١٥ ٪ من جميع حالات الإكتئاب الجسيم .

– قد تحدث فى سياق نوبات الإضطرابات المزدوجة القطبية من النوع الأول ومن النوع الثانى .

جـ الإكتئاب الموسمى : Seasonal Depression ويتصف بالآتى :

– يصيب الأشخاص مع قصر ضوء النهار فى فصلى الشتاء والخريف .

– يختفى هذا النوع من الإكتئاب فى فصلى : الربيع والصيف .

– يتصف المصاب به بفرط النوم والأفراط فى التهام الطعام ، والبطء النفسى

الحركى .

ويثير الإكتئاب الموسمى العديد من القضايا :

أ – قضية الإسباب : وقد ذكر فى هذا الصدد رآيين :

الأول : إن الإصابة به لها علاقة بتمثيل مادة الميلاتونين التى تفرزها الغدة الصنوبرية .

الثانى : إن تعرض المريض للضوء يمنع الإصابه بهذا المرض ولذا نجد العديد من الشركات الأمريكية تعرض للبيع أجهزة تشتمل على لوحات كهربائية ، تصدر أضواء وأشعة ضوئية مماثلة للشمس . إلا أن نتائج هذه المحاولات العلاجية غير مؤكده تماما .

ب – إن قضية التفسير بأشعة الشمس أثارت تساؤل مؤداه : إذا كان هذا الأمر يحدث فى الدول الأوروبية فماذا عن الدول التى تتعرض لدرجة وفيرة من أشعة الشمس كالدول الأفريقية والشرقية ؟

وقد طرح هذا التساؤل على مجموعة من الطلاب فأكدوا أن البهجة تنتابهم حين تغرب الشمس .

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ٢٠)

جـ يطرح أيضا عبد الستار إبراهيم ملاحظة مؤداها أنه لاحظ أن نوبات الإكتئاب تزيد فى موسمى الكريسماس وعيد رأس السنة ، على الأخذ فى الإعتبار أن هذين العيدين يحلان فى الشتاء فهل لذلك صلة بإنتشار الإكتئاب الموسمى فى تلك الفترات من السنة ؟

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ٢٠٢)

د – إكتئاب النفاس : ويتصف بالآتى :

– يصيب النساء اللاتى سبقت إصابتهن بإضطراب وجدانى أو إضطراب نفسى آخر فى معظم الاحيان .

– تظهر نوبات الإكتئاب شديدة أثناء الأسبوع الرابع من الولادة .

– تشمل أعراض هذا النوع من الآكتئاب العلامات الآتية :

الأرق ، عدم الثبات الإنفعالى ، شعوره بالانهاك لاقل مجهود ، التفكير فى الإنتحار .

– قد تنتاب الأم معتقدات ضلالية تدور حول مقتل وليدها (الامر الذى يقتضى إتخاذ العديد من التدابير لحماية للطفل من الأم) .

– قد تظهر خلال حالات النفاس : نوبات من الهوس ، ونوبات مختلطة (هوس – إكتئاب) ، وإضطراب ذهانى مختصر .

هـ – الإكتئاب اللانمطى السمات :

ويتصف بالآتى :

– زيادة الوزن – كثرة النوم .

– يصيب النساء أكثر من الرجال .

– قد يظهر فى سياق الإصابة بإضطرابات القطبية المزدوجة من النوع الأول والثانى . وأثناء الأصابة بعسر المزاج .

ز – إكتئاب الطفولة : ويتصف بالآتى :

– تنطبق عليه نفس علامات وأعراض أكتئاب الراشدين .

– قد يظهر بصورة مقنعة ومن خلال قيام الطفل بالسلوكيات الآتية :

١ – هروب الطفل من المنزل .

٢ – عدم الإنتظام فى الدراسة .

٣ – معاناته من خواف (رهاب) مرضى من المدرسة

٤ – سوء إستخدام المواد المخدرة (خاصة المواد المتطايره والتى وجدت العديد من الدراسات إنتشارها بنسبة كبيرة لدى الأطفال والمراهقين)

٥ – قد يقدم الطفل على الإنتحار .

د – الإكتئاب المزدوج :

– تبلغ نسبة المصابين بهذا المرض ما بين ١٠ إلى ١٥ ٪ .

– يطلق على مرضى أضطراب عسر المزاج الذين يصابون بالإكتئاب الجسيم بالإضافة إلى مرضهم الأصلى .

ز – الخرف الكاذب :

– هذا المرض يصيب المسنين فى العادة .

– يحدث بصورة أكثر بين المرضى الذين سبق لهم الإصابة بإضطراب

وجدانى .

– يطلق على حالات الإكتئاب التى تتبدى من خلال أعراض تشبه الخرف .

– يسبق ظهور هذا المرض معاناة الشخص من قصور معرفى .

– يستجيب الخرف الكاذب للعلاج من خلال محورين :

أ – الصدمات الكهربائية .

ب – مضادات الإكتئاب .

حـ – فئة لإكتئاب الذى لم يسبق تخصيصه :

– يطلق على السمات الإكتئابيه التى لا تنطبق عليها معايير إضطراب وجدانى محدد مثل :

* إضطراب الإكتئاب الخفيف .

* إضطراب الإكتئاب المختصر والمتكرر .

* إضطراب سوء المزاج السابق على حدوث الدورة الشهرية .

تلك كانت أنواع الإكتئاب الجسيم .. وهى كما نرى متعددة ، وحقاقان الإكتئاب يرتدى أثوابا متعددة ومتنوعة ويصيب كل الأشخاص ومن جميع الفئات والأعمار .

ثانيا : إضطراب عسر المزاج : Dysthymic Disorder

ويتصف بالآتى :

– أقل شدة من الإكتئاب الجسيم .

– أكثر إنتشارا وإزمانا لدى الإناث مقارنة بالذكور .

– تكون بدايته متدرجة .

– يصيب الأشخاص الذين سبق لهم التعرض للضغوط النفسية ولفترات طويلة، أو تعرضوا لخسائر مالية مفاجئة ، أو خسروا أشخاص كانوا يرتبطون بهم بالموت أو الحوادث .

– قد يتزامن مع إضطرابات نفسية أخرى مثل :

أ – تعاطى المخدرات .

ب – معاناة الشخص من إضطراب أو أكثر من أضطرابات الشخصية .

جـ- معاناة الشخص من مرض الوسواس القهرى .

تزداد الأعراض سوءاً فى نهاية اليوم .

- يبدأ الإصابة بهذا المرض - فى الغالب - فى سن العشرينيات أو الثلاثينيات من عمر الفرد . (الإ إنه يوجد نوع مبكر يبدأ قبل سن الواحدة والعشرين) .

- أكثر إنتشارا بين أقارب الدرجة الأولى لمرضى الإكتئاب الجسيم .

- لكى يتم تشخيص الفرد بهذا الاضطراب لابد من توافر أثنين من الأعراض التالية على الأقل:

١ - ضعف الشهية أو الإفراط فى تناول الطعام .

٢ - مشكلات النوم .

٣ - سرعة التعب والإنهاك .

٤ - إنحطاط فى تقدير الذات .

٥ - المعاناه من ضعف التركيز .

٦ - التردد وعدم القدرة على إتخاذ القرارات .

٧ - المعاناة من مشاعر اليأس وتفشيها داخل نفس الشخص .

ثالثا : الهــوس : Mania

ويعرف الهوس - فى موسوعة علم النفس والتحليل النفسى - بأنه - شأنه شأن الإكتئاب - حالة مرضية تبدو أوضح ما تكون فى الجانب الإنفعالى للشخص ، والشخص فى حالة الهوس يكون مناقضا تماما لحالة الإكتئاب حيث نجده مملوء بالنشاط وإلانشراح والسرور والبهجة والرضا عن النفس ويكون نشاطه الحركى والفكرى سريعا ومستعجلا .. وكثيرا ما يتعرض المهوس للهلاوس والأفكار الهذائية التى توحى بامتيازه وبعظمته وتساند حاله الإنشراح والإنبساط التى تميز إنفعالاته وتنعكس على تصرفاته . ويرى التحليل النفسى إن حالة الهوس هى رد فعل لمعاناة الشخص من حالة إكتئاب أعمق يعانى منها .

وتقسم الموسوعة الهوس إلى الأنواع الآتية :

- هوس الإغتسال Ablutomania
- هوس التدين Religious Mania
- هوس الشراء Plutomania

- هوس الثرثرة Logorrhea
- هوس جنسى Erotmania
- هوس السرقة Kleptomania
- هوس الكذب Mythomania
- هوس المخدرات Narcomania
- هوس الرقص Dancing Mania

(فرج طه وآخرون ١٩٩٣ ، ٨٢٩ - ٨٣٣)

إلا أن كتب الطب النفسى تصنف فى الغالب الهوس إلى الأنواع الثلاث الآتية :

أ - هوس خفيف Hypomania

ب - هوس بدون أعراض ذهانية Mania Without Psgdotic Symptoms

جـ - هوس مع أعراض ذهانية Mania With Psychotic Symptoms

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٣٤٣ - ٣٤٦)

وهناك عدة معايير يتم من خلالها تشخيص نوبة الهوس :

أ - تشخيص الهوس وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

حيث نجد الإعراض والعلامات الآتية :

١ تضخم صورة الذات (إعتقاد العظمة) .

٢ - إنخفاض الشعور بالحاجة إلى النوم (حيث من الممكن أن ينام الشخص فقط من ساعتين إلى ثلاث ساعات ويشعر بالراحة والنشاط)

٣ - عدم ترابط الأفكار والإنتقال من موضوع إلى آخر .

٤ - سرعة فى تشتت الأنتباه .

٥ - زيادة الإنغماس والإنهماك فى الإنشطة التى تجلب له اللذة والنشوة .

٦ - غزارة وثراء فى الكلام بصورة تفوق سلوكه المعتاد .

٧ - زيادة فى ممارسة الأنشطة : الإجتماعية - المهنية - الأكاديمية - الجنسية ... الخ .

ملاحظات هامة :

أ - لابد من توافر ثلاث أعراض أو أكثر من الأعراض السابقة حتى يمكن

التشخيص .

ب – أو وجود أربعة أعراض (على الأقل) إذا كانت العصبية هى الإنفعال السائد .

جـ – الا تنطبق على الأعراض معايير تشخيص النوبات المختلطة .

د – إن تقود شدة إضطراب الوجدان إلى إختلال الوظائف المهنية أو العلاقات والإنشطة الإجتماعية (مما يقتضى ضرورة إدخال المريض المستشفى حماية لنفسه وللآخرين من الإيذاء)

هـ – الاتكون الأعراض السابقة ناتجة من :

– تعاطى مواد مخدرة أو كحوليات .

– تناول أدوية نفسية لها نفس الأعراض .

– عدم إصابة الفرد بمرض جسمى مثل زيادة نشاط الغدة الدرقية .

ب – معايير أخرى تساعد فى التشخيص : مثل

١ – معلومات مستمده من دراسة تاريخ الحالة : من خلال ملاحظات العلامات والأعراض التالية :

أ – المبالغة فى السلوك مثل :

– التبذير والسفه فى الإنفاق .

– الافراط فى لعب (الكوتشينه) أو القمار .

– الإفراط فى ممارسة الجنس والعربدة الجنسية (مما يدخل الشخص فى مشاغل مع الطرف الآخر فى حالة الرفض ، أو قد يجعله يدخل فى نزوات قد تقوده إلى العديد من المشاكل) .

ب – التوسع والرغبة فى (التكويش) على كل المناصب والمسؤليات .

جـ – سرعة الشعور والإستسلام للاحباط .

د – وجود العلامات الجسمية الآتية :

– زيادة فى الرغبة الجنسية .

– نقص الوزن .

– فقدان الشهية .

– المعاناة من إضطرابات النوم (الإرق الذى يأخذ صورة عدم الشعور بالحاجة إلى النوم)

– النشاط المفرط وعدم الإستقرار فى مكان محدد .

٢ – الإستناد إلى بيانات مستمده من الفحص الطبى النفسى : مثل

أ – **السلوك والمظهر العام :** ويتضمن الآتى :

– الإفراط النفسى حركى .

– السلوك الهادف إلى (لفت) أنظار الجنس الآخر .

– إرتداء ملابس زاهية وذات الوان ملفتة للأنظار .

– المبالغة فى إستخدام مساحيق الزينة .

– إرتداء مجموعة غريبة أو متنافرة من الملابس .

– التطفل على الآخرين والتدخل فيما لا يعنيه فى شئون الآخرين .

– خفة الظل .

– السخرية من كل شيئ .

– سرعة الاستثارة (بما لا يتناسب مع المثير أو الوقوف الذى حدث) .

ب – **الإنفعال :** ويتميز بالآتى :

– إنفعالات حادة .

– إنفعالات شديدة .

– إنفعالات متقلبة (حيث من الممكن أن ينتقل إنفعال الفرد من النقيض إلى النقيض) .

جـ – **محتوى التفكير :** حيث نجد السمات أو العلامات الآتية :

– المبالغة فى تقدير الذات .

– الشعور بالعظمة .

– المبالغة فى الإهتمام بالذات فقط (يرتدى نظاره لا يرى منها ومن خلالها إلا ذاته) .

– يعانى من ضلالات (بصورة أقل وتدور حول العظمة) .

– يعانى من هلاوس (ولكن بصورة أقل) .

– تتفق ضلالاته وهلاوسه حول العديد من الموضوعات التى تدور حول ذاته مثل : إعتقاد مبالغ فيه بأهميته ، وقوته .

– إن الضلالات والهلاوس قد تتراوح ما بين محورى : العظمة والإضطهاد .

د – الكلام : يتصف بالآتى :

– الإلحاح .

– مرتفع النبرة .

– يميل إلى المبالغة وتفخيم الأحداث .

– يرمز على إثارة العواطف والإنفعالات .

– غير مفهوم (فى بعض الأحيان نتيجة عوامل متعددة مثل السرعة ، الإنتقال من موضوع إلى آخر ، استخدام مصطلحات غريبة ... الخ) .

هـ – عمليات التفكير : حيث أنه ومن خلال الفحص نجد الآتى :

– عدم ترابط الأفكار وإنسيابها .

– تسارع الأفكار .

– تفكك (أو إختلال) الكلام .

– إستخدام مصطلحات جديدة .

– الميل إلى السجع والتورية والعديد من المحسنات البديعية والبلاغية فى الحديث .

– الإسترسال فى الكلام .

– الشطط فى الكلام (أى ضعف العلاقة أو حتى عدم وجود علاقة من الاساس ما بين الفكرة والفكرة التى تليها) .

حـ – الإستبصار وسلامة الحكم على الأمور : حيث نجد الآتى :

– الإفتقاد إلى الاستبصار (لدرجة أن كثيرا جدا من هؤلاء الأفراد ينكرون ومن الاساس أصابتهم بالمرض .

– العجز عن إتخاذ أى قرار منظم أو يستند إلى الواقع والمنطق .

رابعا : إضطرابات أزدواج القطبية Bipolar Disorder

ويأخذ الأنواع الآتية :

١ – إضطراب إزدواج القطبية – النوع الأول Bipolar I

ويشخص من خلال :

– تنطبق على المريض كافة معايير نوبة الهوس .

– أو تنطبق على المريض نوبة مختلطة كاملة .

– قد يتزامن مع نوبات إكتئاب جسيم أو هوس خفيف Hypomania

– إضطراب تتطلب شدته فى العادة دخول المريض المستشفى .

٢ – إضطراب أزدواج القطبية – النوع الثانى Bipolar II

ويشخص من خلال :

– يتضح من خلال دراسة وفحص تاريخ الحالة إن المريض أصيب بنوبة إكتئاب جسيم واحده على الأقل (Hypomania)

– أو أصيب بنوبة هوس خفيف واحده على الأقل .

– الا يكون المريض قد أصيب بنوبات الهوس .

٣ – إضطراب إزدواج القطبية سريع التقلب : Rapid Cycling

ويتصف بالآتى :

– يتصف هذا النوع بظهور نوبات الإكتئاب والهوس .

– يتم التبادل بفاصل زمنى قدره يومين أو خمسة أيام .

– يتسم بظهور نوبات مختلفة أو سريعة التقلب .

– يكون عرضه لإتخاذ شكل مزمنا .

٤ – هوس المراهقة :

– تظهر أعراض الهوس السابقة .

– قد تختفى هذه العلامات إذا لجأ المراهق إلى :

* تعاطى المخدرات .

* تعاطى الكحوليات .

* القيام بسلوك أو أكثر من السلوكيات المناهضة للمجتمع .

٥ – إضطراب المزاج الدورى : Cgcothymic Disorder

ويتصف بالآتى :

- إضطراب أقل شدة من إضطراب إزدواج القطبية .
- تظهر خلال الإصابة بفترات من الهوس الخفيف بالتبادل مع الإكتئاب متوسط الشدة .
- يتصف بمساره المزمن .
- يخلوا من الأعراض الذهانية .
- يتطلب تشخيصة إستمرار وجود الإعراض لفترة لا تقل عن سنتين .
- تتساوى نسبة حدوثه فى الإناث مع الذكور .
- تبدأ الإصابة به تدريجيا .
- يظهر لأول مرة فى نهاية مرحلة المراهقة وبداية سن الرشد .
- ينتشر بصورة كبرة لدى الفئات التى تقبل على تعاطى المواد المخدرة والكحوليات .
- ينتشر الإكتئاب الجسيم وإضطرابات ازدواج القطبية بين أقارب المريض من الدرجة الأولى .
- يؤدى عدم الثبات الوجدانى إلى ظهور العديد من المشاكل الاكاديمية والمهنية والإجتماعية .

(APA. , 2000)

أسباب الإضطرابات الوجدانية :

تتعدد النظريات التى حاولت تفسير أسباب الإصابة بإضطرابات الوجدان . ويمكن فى عجالة – تقديم هذه الأسباب والتفسيرات فى :

أولا : الأسباب البيولوجية : ونستطيع حصر التفسيرات فى هذا الجانب فى الجوانب الآتية :

أ – الغدد الصماء :

حيث يعكس وجود إختلالات فى المنظومة العصبية الغددية إحتمالية الإصابة بالإضطرابات الوجدانية ، حيث تم رصد الآتى :

- إختلال مدخول الامينات البيولوجية التى يتلقاها تحت المهاد .
- يزداد نشاط محور تحت المهاد ، حيث وجدت الدراسات مثلا زيادة نشاط

الغدة النخامية والكظرية فى حالات الإكتئاب ، كما ينخفض فى الإكتئاب أيضا إطلاق الهرمون الحادث لأفراز الغدة الدرقية ، كما ينخفض هرمون الذكوره (التستستيرون) ، كما تقل وتضعف الوظائف المناعية فى الإكتئاب والهوس على حد سواء .

ب – العوامل الوراثية : حيث وجدت الملاحظات الآتية :

– تشير الادلة إلى إنتقال المرض عن طريق الوراثة وتبدو أكثر وضوحا فى إضطراب القطبية .

– يظهر هذا الإضطراب على حد سواء بين أفراد من أسرة المريض .

– إحتمال ظهور إضطراب وجدانى فى طفل يصل الى ٢٥ ٪ إذا كان أحد والديه مصابا بإضطراب إزدواج القطبية من النوع الأول ، وتزداد التوقعات بأصابة الطفل إلى نسبة ٧٥ ٪ إذا كان الوالدين مصابين بالمرض .

– إذا كان أحد الوالدين مصابا بالإكتئاب الجسيم فإن إحتمالات إصابة الطفل بإضطراب الوجدان تتراوح بين ١٠ – ١٣ ٪ وهكذا .

– لم يتم التأكد حتى الآن من وجود عوامل وراثية محدده بيد أن الدراسات الحديثة قد وجدت علاقة ما بين الوراثة (الخاصة بالكروموزمات ٥، ١١ والكروموزوم الخاص بالجنس ×) وبين الإصابة بأى مرض من أمراض إضطرابات الوجدان .

جـ عوامل عصبية كيميائية : وتتلخص فى :

– إنخفاض تركيز الامينات الحيوية فى المخ (مثل : السيروتونين ، ونورأدرينالين ، الدوبامين) . وخاصة فى حالات الإكتئاب .

– زيادة تركيز الامينات الحيوية فى المخ (السابق الاشارة اليها) فى حالات الهوس .

– تغير نسب مشتقات تمثيل الامينات الحيوية مثل حامض هيدروكس إندول أستيك (وهو مشتق من السيروتونين) وحامض (هو موفانيسليك – المشتق من الدوبامين)

– إختلال ضبط منظومة الادرينالين والاستايل كولين مع سيطرة المسارات الكولينية .

(Kaplan, H. & Sadock, B. , 1996)

ثانيا : الإسباب النفسية – الإجتماعية :

حيث توجد العديد من النظريات التى حاولت تقديم تفسيرات نفسية ، إجتماعية

لأسباب الاصابة بإضطرابات الوجدان .

أ - نظرية التحليل النفسى :

يفسر التحليل النفسى الإكتئاب على سبيل المثال على أساس أنه عدوان موجه ضد الذات وأن الشخص قد يخبر فقدا حقيقيا لموضوع الحب أو فقداً متخيلا . هذا الإحساس بالفقد يولد العديد من مشاعر الرفض والغضب والعدوان . إلا أن هذا الفضب المستشار ضد (طرف) موجود فى الخارج قد (يتحول) إلى الداخل نتيجة الشعور بالذنب لإنه يعتقد أنه السبب فى حدوث هذا الفقد .. وبالتالى نجد لدى الشخص المكتئب إثاره لمشاعر الذنب والدونية وتحقير الشأن على أن تقديره لذاته يعتمد على تقدير الآخرين له .

(Ingram, 1994 , P . 120)

ومن جهة أخرى يعد الهوس والإنتعاش (أو الشعشعة) من الوسائل الدفاعية ضد الإكتئاب المزمن والكامن ، حيث نجد إن الانا الاعلى يتميز بالقوة العدوانية والتصلب وعدم المرونة . وقد وصف فرويد الإزدواج الوجدانى تجاه المحبوب المستدخل ، والذى يؤدى إلى عداء مرضى إذا ما كان المحبوب قد فقد بالفعل أو بصورة رمزية مع وجود أفكار إنتحارية .

ب - نظريات التعليم :

وسوف نقتصر حديثنا فى هذا المقام على نظرية العجز المتعلم Learned Helplessness لسيلجمان ، والذى أكد على أن الإكتئاب - كمثال - إستجابة متعلمة . نتعلمها عندما تجد أنفسنا نتعامل مع مواقف مهددة للطمأنينة والأمان ولا مهرب منها .

وقد توصل سيلجمان ومعاونوه إلى هذا القانون من خلال التجارب التى أجريت على الحيوانات وكانت نظريات التعلم متكئا لها ولم يكتف سيلجمان بالوقوف عند مستوى الظروف والأحداث التى تقود إلى الإكتئاب بل وصف العوامل التى تقود إلى العلاج وبث الامل وتقديم الدعم للمريض .. وهى المنطلقات الاساسية التى إنطلقت منها باقى نظريات التعليم .

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ١٣٧ - ١٤٤)
(Culbertson , 1997, PP. 25 - 31)

حـ - النظرية المعرفية : حيث وصف هارون بيك الثلاثية المعرفية المترابطة

والتى تقود إلى الإكتئاب ، والتى تتكون من :

١ – نظرة سلبيه للذات (أنا سيئ وشخص فاشل) .

٢ – التفسير السلبى للخبرات (كل شئ سيئا على الدوام)

٣ – التواقع المستمر للفشل (قليل البخت يلاقى العظم فى الكرشة !) .

إضافة إلى تبنى الشخص (المكتئب على سبيل المثال) العديد من الأفكار اللاعقلانية والتى يرددها الفرد لنفسه (إضطراب فى التفكير يقود إلى إضطراب فى الوجدان ثم يقودان بدورهما إلى إضطراب فى السلوك) .

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٤ ؛ Ellis & Dryden, 1987)

علاج الإضطرابات الوجدانية :

يستطيع المعالج واسرة المريض أن يقرروا ما إذا كان الشخص المريض يتم علاجه ورعايته والإهتمام به خارج المستشفى أو داخل المستشفى (وفقا لحالة الخطورة والإيذاء المتوقع) .

ويحدد البعض خمس حالات لابد أن يتم علاج المريض من خلالها **داخل المستشفى** ، وهذه الحالات هى :

١ – حالات الهوس الحاد وأحيانا تحت الحاد حيث لا يوجد استبصار للمريض بمرضه .

٢ – حالات الذهول والثبات والغيبوبة الإكتئابية .

٣ – رفض الشراب والطعام مما يشكل خطورة على حياة المريض .

٤ – كثرة الحركة أو هبوطها لدرجة أن أقرباء المريض لا يستطيعون العناية به .

٥ – محاولات الانتحار المتكررة أو تاريخ محاولة إنتحارية جدية سابقة .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

وينقسم العلاج إلى :

العلاج دوائى : حيث يتم علاج حالات الهوس وخاصة الحالات الحادة بمضادات الذهان ومثبتات الانفعال ، أما فى حالات الإكتئاب فيتم العلاج بمضادات الإكتئاب (الليثوويزن) . على إن يستخدم العلاج لمدة ستة أشهر على الأقل بعد أول

نوبة إكتئاب . كما قد يستمر بجرعات مساندة لسنوات فى حالات تكرارها وقد وجد إن الجمع بين العلاج بالدواء والعلاج النفسى يقود إلى العلاج الناجح فى ٧٠ – ٨٠٪ من حالات المرضى .

العلاج بالصدمات الكهربائية : ويستخدم العلاج بالصدمات الكهربائية فى الحالات الآتية :

– تستخدم مع الأدوية لعلاج حالات الإكتئاب المستعصية .

– يستخدم فى الحالات ذات السمات الذهانية .

– يستخدم فى حالة الوصول إلى تحسن سريع فى الحالات الشديدة قبل إستخدام الأدوية .

– يستخدم فى حالة ما إذا كانت لمضادات الإكتئاب أثار جانبية شديدة تحتم على المعالج عدم إستخدامها .

وقد أثبتت العديد من التجارب تأثير العلاج الكهربائى فى إزالة أو تخفيف حدة الأعراض سواء أكان ذلك فى مرض الإكتئاب أو مرض الهوس .

العلاج النفسى – الإجتماعى : حيث من الممكن إستخدام الانواع العلاجية النفسية الآتية :

أ – **العلاج المعرفى :** وخاصة تلك العلاجات المستخدمة من وجهة نظر هارون بيك .. وهو علاج قصير الامد يقوم به المعالج يتفاعل مع المريض ، ويكلف المريض بالقيام بواجبات منزلية بين الجلسات تهدف إلى دحض وتفتيت الأفكار السلبية اللاعقلانية التى يعتقد فيها الشخص وإستبدالها بأفكار جديدة عقلانية تقوم على بث الأمل والطمأنينة والدعم الإجتماعى .

ب – **العلاج السلوكى :** ويستند إلى نظرية التعلم (الاشراط التقليدى والإجرائى) قصير الامد وبصفة عامة والذى يهدف إلى تصحيح أنواع محددة من السلوك غير المرغوب فيها ، تمثل فنية التعزيز الموجب الإجرائية وسيلة مساعدة فعالة فى علاج الإكتئاب .

جـ – **العلاج النفسى التحليلى :** والذى يهدف إلى تزايد مساحات الاستبصار لدى الشخص بطبيعة الأعراض ، وإن يفهم الشخص المكتئب

– صراعاته .

- ديناميااته .
- دوافعه اللاشعورية .
- إحتياجاته .

د – العلاج النفسى التدعيمى : وذلك من خلال القيام بالآتى :

- تحسين مهارات الفرد المعرفية والإجتماعية .
- تحسين صورته المدركة عن نفسه .
- صحح تدنى اعتبار الذات الناتج عن أزمان المرض .
- تحسين التزام المريض باستعمال الدواء وقدرته على تحمل الآثار الجانبية .
- القيام بتوعية المريض واسرته بمسار المرض البيولوجى .
- تقديم التدعيم البيئى لاتاحة الفرصة للشخص كى يتجاوز المحنة .
- تكوين صداقات جديدة .

(بيتر نوفاليس وآخرون ، ١٩٩٨ ، ١٧- ١٧٧)

هـ – العلاج الأسرى : ويتم اللجوء الى هذا النوع من العلاج فى الحالات التى يزعزع إستقرار الاسرة ، وأن الإكتئاب أو الهوس يؤثر فى العلاقات الأسرية ، أو الإحساس بوجود أنماط أو سلوكيات معينة سائدة داخل الأسرة تدعم الإضطراب أو تعمل على استمراره .

ولذا فإن العلاج الأسرى مفيد للمريض ولأسرته . لأنه يتعين علي المعالج التصدى – بالطرق والفنيات النفسية المختلفة والمناسبة – لبقايا مشاعر الفضب والعار والذنب السائد بين أفراد أسرة المريض ، إضافة إلى أن العلاج الأسرى يدعم الإلتزام ويسهم فى التعرف على العوامل التى تفجر النوبات .

مآل الإضطرابات الوجدانية :

يختلف سير المرض تبعا للعديد من العوامل . إلا أن الملاحظات والخبرات والدراسات قد أوقفتنا على مجموعة من (المعايير) يمكن الاستناد إليها فى تقدير مدى شفاء أو عدم شفاء المريض .

العوامل التى تؤدى إلى سرعة شفاء المريض :

١ – إذا كان المريض قدعانى من عدة نوبات متكررة من قبل يقل احتمال

شفائه عن المريض الذى يعانى من النوبة لأول مرة .

٢ – إذا ظهر المرض فجأة وليس بطريقة متدرجة .

٣ – حدوث تحسن فى الإضطرابات التى تحدث تلقائيا دون مسببات حيث يلعب الإستعداد الوراثى دورا قويا .

٤ – كلما كان المريض صغير السن تحسنت فرصته فى الشفاء .

٥ – كلما قل أو انعدم فى التاريخ العائلى للشخص وجود حالات إصابة سابقة بالإضطرابات الوجدانية أو الذهانية .

٦ – تكامل شخصية المريض قبل المرض يشير إلى إحتمال حدوث تحسن كبير وشفاء من المرض .

العوامل التى تسيئ إلى مصير المرض (المآل السيئ)

١ – نوبات متكررة وخاصة نوبات الإكتئاب المتناوبة مع نوبات المرح .

٢ – إذا زادت سن المريض عن ٥٠ سنة عند بدء المرض .

٣ – ظهور العديد من الأعراض الكلينيكية المميزة مثل : توهم العلل البدنية ، إختلال الانية ، وجود أعراض فصامية غامضة ... الخ .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٣٨٧ – ٣٨٨)

وقد أشارت العديد من الدراسات والملاحظات الكلينيكية إلى الآتى :

– ينتحر ١٥ ٪ من مرضى الإكتئاب فى نهاية المطاف .

– تستمر نوبة الإكتئاب المتوسطة عشرة أشهر تقريبا إذا لم يعالج الشخص .

– تنتاب ٧٥ ٪ من المرضى على الأقل نوبة إكتئاب ثانية . خلال الستة أشهر التالية على أول نوبة فى معظم الأحوال .

– مآل مرض الإكتئاب مآل جيد إذ يتعافى ٥٠ ٪ من المرضى ، ويتعافى ٣٠ ٪ منهم بصورة جزئية ، ويعانى ٢٠ ٪ منهم من الإكتئاب المزمن .

– تصاب نسبة من مرضى عسر المزاج ، تتراوح بين ٢٠ و ٣٠ ٪ بالأمراض التالية (مرتبة ترتيبا تنازليا) وهى :

– الإكتئاب الجسيم .

– إزدواج القطبية من النوع الأول والثانى .

– تعاود نوبات الهوس المرضى فى ٤٥ ٪ من الحالات .

– تستمر نوبة الهوس ما بين ثلاثة وستة أشهر إذا لم يعالج المريض.

– نسبة الانتكاس مرتفعة حيث يبلغ متوسط عدد الإنتكاسات عشر مرات ، يصاب حوالى ٨٠ – ٩٠ ٪ من مرضى الهوس بنوبة أكتئابية كاملة .

– يعد مآل حالات الهوس مآلا مقبولا ، إذ يتعافى ١٥ ٪ من المرضى ، ويتعافى ٥٠ – ٦٠ ٪ بصورة جزئية ، ويعانى ثلث المرضى من الهوس المزمن وبالتالى حدوث تدهور فى الوظائف : المهنية والدراسية والإجتماعية للشخص .

(Kaplan, H. & Sadock, B. , 1996)

مراجــع الفصــل

- أحـمـد عكاشـة (١٩٩٨) ، **الطب النفسى المعاصـر** ، القـاهرة ، مكتـبـة الانجلو المصرية.
- آمال عبد السميع باظة (١٩٩٧) ، **الشخصية والإضطرابات السلوكية والوجدانية** ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- بيـتـر نوفـاليس ، سـتـيفن ، وجـيـفـيـتـز ، روجـر بيك (١٩٩٨) ، **العلاج النفسى التدعيمى** ترجمة ، لطفى فطيم ، عادل دمرداش ، القاهرة ، المجلس الأعلى للثقافة – المشروع القومى للترجمة ، رقم ٢٥٢ .
- عبد السـتـار إبراهيم (١٩٩٨) . **الإكتئـاب – إضطراب العصر الحديث – فـهمه وأسـاليب عـلاجـه** . الكويت . عـالم المـمـعـرفـة ، الـعـدد (٢٣٩) ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والأداب .
- فرج طه (١٩٧٩) ، **الشخصية ومبادئ علم النفس** ، القاهرة ، مكتبة الخانجى .
- فرج طه ، شاكر قنديل ، حسين عبد القادر ، مصطفي كامل (١٩٩٣) **موسوعة علم النفس والتحليل النفسى** ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- مـحـمـد حسن غـانم (٢٠٠٤) ، **إتجـاهـات حـديثـة فـى العلاج النفسى** ، القـاهرة . جامعة حلوان .
- American psychi atric association (2000) **Diagnostic and statistial Menual of Hental Disorder (DSM - Iv)** . Wshington DC.
- Sartorius. n (1993) . **Who's work onthe Epidemiology of Mantal disorders. Social psychiatry and psychiatric Epidemiology** , 28, PP. 147 - 155.
- Ellis, A& Dryden.w (1987) **the practice of rational - emotive therapy** . new york springer .
- Ingram. R (1994) . **Depression**, in. V. Ramachndram (Ed). **Encydopedia of human behavior** . Vol, 2, P : 113, newyork . , Academic press.
- Kaplan, H. & Sadock , B. (1996) **Pocket Handbook of clinical psychiatry** , London. Williams wilkin, Sed.

الفصـل الرابـع

إضطـراب الفصـام

محتويات الفصل:

- مدى إنتشاره
- تعريفه
- تاريخ موجز لكيفية التعرف والتشخيص لإضطراب الفصام.
- تشخيص إضطراب الفصام.
- أعراض الفصام.
  - إضطراب التفكير.
  - إضطراب الإدراك.
  - إضطراب الإنفعـال.
  - إضطراب الانتبـاه.
  - إضطراب الإرادة.
  - « السلوك وإنحرافه وشذوذه.
- أنواع الفصـام.
- أسباب إضطراب الفصام.
- علاج إضطراب الفصام.
- المصير والمـآل لإضطراب الفصام.

الإضطرابات الذهانية

الفصام Schi2ophrenia

ينتمى إضطراب الفصام إلى الإضطرابات الذهانية ، والذهان Psychosis يشير فى معجم العلوم الإجتماعية إلى الآتى :

أ – الذهان إصطلاح فى الطب النفسى والتحليل النفسى ، يشير إلى إضطراب نفسى خطير يصيب الشخصية بأسرها ، فتضطرب علاقة المريض بعالمه إضطرابا شديدا ، وتختل إستجاباته الإنفعالية ، كما قد تختل وظائفه العقلية إختلالا شديدا ، أو إختلالا محدودا ، وهو مصطلح مرادف للمريض العقلى (أو ما يعرف فى المصطلح الشعبى الشائع الجنون) .

ب – ويهتم الطب النفسى بالوصف الدقيق لأعراض الذهان ولمختلف فئاته ، وإن الذهان ينقسم إلى مجموعتين رئيسيتين :

١ – **الذهان العضوى :** ويتميز بوجود إصابات أو تلف عضوى بالمراكز العصبية العليا (المخ) . ومن أبرز أمثلته الشلل الجنونى الذى ينشأ من الإصابة بالزهرى .

٢ – **الذهان الوظيفى :** حيث تم إكتشاف العديد من مظاهر الإضطراب والخلل التى تطرأ على الوظائف النفسية ومن أبرز أمثلته الفصام .

جـ – فى حين إن التحليل النفسى – كمثال – يهتم بالتفسير الدينامى للذهان بوصفة سلوكا ذا معنى ودلالة كالحلم والعصاب تماما . ولذا نجد العديد من المفاهيم التحليلية التى تحاول سبر أغوار هذه الظاهرة مثل : الإسقاط ، الميل الجنسى الكامن من السادية الفمية .. الخ .

(مصطفى زيور ، ١٩٧٥ ، ٢٧٩ – ٢٨٠)

وتتميز الإضطرابات الذهانية بالأعراض الآتية :

١ – إضطراب واضح فى السلوك بعيدا عن طبيعة الفرد من إنطواء ، انعزال ، إهمال فى الذات والعمل الإهتمام بأشياء بعيدة عن طبيعته الأصلية .

٢ – تغير فى الشخصية الأصلية ، وإكتساب عادات وتقاليد وسلوك تختلف عن الشخصية الأولى .

٣ – تشوش فى محتوى ومجرى التفكير وأسلوب التعبير عنه .

٤ – تغير الوجدان عن سابق أمره .

٥ – عدم إستبصار المريض بعلته ، فلا يشعر بمرضه وبالتالى يرفض العلاج .

٦ – إضطراب فى الإدراك مع وجود الضلالات والهلاوس .

٧ – البعد أو الإنفصال عن الواقع والتعلق بحياة منشؤها إضطراب تفكيره .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

ومن أشهر الإضطرابات الذهانية : الفصـام .

مدى إنتشاره :

– تتراوح نسبة حدوثه بين ١ ٪ و ٥ر١ ٪ فى شتى أنحاء العالم فى حين نجد البعض يرفع هذه النسبة ما بين ٨٥و – ٣ ٪ من المجموع العام لأى شعب .

– أكثر إنتشارا فى المدن منه فى الريف .

– يزداد حدوثه فى الدول الصناعية المتقدمة أكثر من غيرها من الدول التى لها أنشطة إقتصادية أخرى .

– يتساوى ظهور الفصام فى الذكور والإناث .

– يظهر فى العادة من سن (١٥) إلى (٣٥) عاما ، حيث تبدأ ٥٠ ٪ من الحالاته قبل سن الـ (٢٥) عاما . ويندر ظهوره قبل العاشرة أو بعد سن الأربعين .

– يصيب الذكور فى سن أصغر مقارنة بالإناث .

– يزداد إنتشاره فى الطبقات الإجتماعية الدنيا ، مما دعا إلى ظهور ما يسمى بفـرض الإنحـدار Downward Drift Hypothesis والذى يؤمن أنصـاره بأن مرضى الفصام ينتمون لأى طبقة إجتماعية فى بداية الأمر ، ولكن نتيجة للتدهورات التى تحدث فى مختلف مكونات الفرد فإن ذلك يستتبع بالضرورة إنحدارا فى الطبقة أو المستوى الإجتماعى الذى يحيا فيه الفرد ، فى حين إن البعض الآخر (يحلل) الظروف الإجتماعية ، والإقتصادية ، والثقافية ، وظروف المعيشة والسكن لدى الطبقات الفقيرة ويجعلها الممهد والأساس والمنطلق لظهور الفصام . وإن الإزدحام فى السكن ، يقود – بدوره – إلى إنتشار العديد من الإنحرافات السلوكية المميزة لسكان

هذه المناطق (جـريمة ... بغـاء ... مـخـدرات ... الخ) ولذا فـإن الإصـابـة بمرض الفصام قد تكون ناتجة عن هذه الظروف ، أو متفاعلة معها .

– وجدت الدراسات إن الإصابة بالفصام تكثر فى بعض فصول السنة حيث تزداد حـدوثه فى الشتاء وبداية الربيع (وتحـديدا بين شـهـر يناير وإبريل فى نصف الكرة الشمالى أو بين يوليو وسبتمبر فى نصف الكرة الجنوبى) .

– وفيما يتعلق بعدد الحالات الفصامية المترددة على العيادات النفسية للعلاج فى أمريكا على سبيل المثال – وجد إنخفاض فى عدد حالات الفصام المترددة على أقسام المستشفيات الداخلية بنسبة تتراوح بين ٤٠ و ٥٠٪ من عام ١٩٦٥ حتى عام ١٩٧٥ .

– ويعالج – أيضا فى أمريكا – ما يقارب الـ ٨٩٪ من مرضى الفصام فى العيادات الخارجية فى الوقت الراهن .

– وأن تكلفة علاج مرض الفصام (فقط) – فى أمريكا على سبيل المثال لا الحصر ، تصل إلى حوالى (١٠٠) مليار دولار فى العام .

(Kaphn, H., & Sadock B, 1996)

– فى حين وجد فى مصر أن المرضى المترددين على العيادات الخارجية حوالى ١٥٫٣٪ من حالات الفصام (كافة الأنواع) . وبالطبع تختلف هذه النسبة عن إحصائيات المستشفيات العقلية ، نظرا لأن الإخيرة تستقبل حالات منتقاة من الذهان .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨)

تعريف ضطراب الفصام :

أ – فى علم النفس : يعرف فى **موسوعة علم النفس والتحليل النفسى** كالآتى :«الفصام مرض عقلى يصنف ضمن فئة الأمراض النفسية المعروفة بالذهان ويعتبر أكثر الأمراض الذهانية إنتشارا . وهذا المرض يمزق العقل ويصيب الشخصية بالتصدع فتفقد بذلك التكامل والتناسق الذى كان يوائم بين جوانبها الفكرية والإنفعالية والحركية والإدراكية وكأن كل جانب منها أصبح فى واد منفصل ومستقل عن بقية الجوانب الأخرى . ومن هنا تبدوا غرابة الشخصية وشذوذها . ومن هنا أيضا أشتق أسم المرض حيث يشير إلى أن جوانب الشخصية المختلفة تصبح مفصومه بعضها عن بعض وتفقد بهذا وحدتها وتماسكها وتكاملها .

ولحالات الفصام طائفة من الخصائص المميزة والمشتركة عادة أبرزها هو

البلادة الإنفعالية ، والتفكك فى ترابط السلوك ومدى مناسبته مع المواقف) .

(فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣)

ب – فى الطب النفسى :

« الفصام هو حالة عقلية غير سوية تصيب الكائنات البشرية وحدها ، وتغير تغييرا عميقا من أنماط تفكيرهم ، وشعورهم ، وسلوكهم تجاه العالم ، بحيث تختلط لديهم الحقيقة بالوهم وتؤدى إلى تبنى أساليب حياتيه لا تتسق مع الواقع » .

(سيلفانو أريتى ، ١٩٩١ ، ٢٢)

تاريخ موجز لكيفية التعريف والتشخيص لإضطراب الفصام :

هناك عدة محاولات أمكن من خلالها التعرف على مرضى الفصام . وفيما يلى نقدم موجزا لهذه المحاولات .

أ – يعد الطبيب النفسى البلجيكى (بينديكت موريل Morel. B أول من وصف الفصام رسميا حيث أطلق عليه مسمى « الخرف المبكر » وكان هذا عام ١٨٥٢م .

ب – ثم جاء بعد ذلك الطبيب النفسى الألمانى إميل كريبلين Kraeplin. E. والذى أطلق على مجموعة من الأمراض التى تظهر فى سن المراهقة أطلق عليها أسم الخرف المبكر . وكان هذا عام ١٨٩٦ . إلا أن الجديد الذى قدمه – انذاك – هو مجموعة من المعايير التى يتم الاستناد إليها فى تشخيص هذا الخرف المبكر – عكس الحال مع موريل) .

معايير إميل كريبلين لتشخيص مرض الخرف المبكر :

– إضطراب الإنتباه والقدرة على الفهم .

– الهلاوس (خاصة الهلاوس السمعية) .

– سماع المريض لأفكاره .

– ضحالة الإنفعالات بل وجمودها وأحيانا عدم مناسبتها للمواقف .

– إختلال الوظائف المعرفية خاصة عدم الحكم الصائب على الأمور .

– شعور المريض – بل وإعتقاده – بأن هناك قوى خارجية تسيطر على أفكاره .

– إختلال محتوى التفكير (ويمكن رصد أكثر من محور ودلالة فى هذا الأمر) .

– رصد العديد من السلوكيات المرضية مثل : إنخفاض الدافعية ، المحاكاة ،

التفعيل ، التهيج الكتانونى ، النمطية .. الخ)

جـ- يعد الطبيب النفسى السويسرى : يوجين بلويلر Bleuler, U أول من أطلق أسم الفصام أو (العقل المشطور) على هذا المرض . وكان هذا عام (١٩١١) . وكان يرى بضرورة أن يتم التشخيص وفقا للعديد من الإضطرابات الأساسية وهى :

إضطرابات جوهرية :

- أضطراب التفكير .
- إضطراب الإنفعال .
- الإضطراب الذاتى أو الشعور بالذات .
- إضطراب الإرادة .
- ثنائية الوجدان .
- الذاتوية (أو الإنكفاء على الذات دون أخذ الآخر فى الإعتبار) .

أعراض إضافية :

- إضطراب الإدراك الحسى (الهلاوس بمختلف إشكالها) .
- الضلالات .
- إضطراب الذاكرة (سواء للأحداث القريبة أو البعيدة) .
- تغير نمط الكلام والكتابة .
- وجود العديد من الأعراض الجسمية .
- وجود العديد من الأعراض الكتاتونية .

د - والمعايير السابقة تقريبا قد ذكرها كورت شنابدر Schenden. A. وإن أختلفت اسس الترتيب حيث يركز بداية على الهلاوس السمعية وصول إلى ما يسميه بالافلاس أو الفقر الإنفعالى .

هـ- إن كل المحاولات السابقة والرائدة قد جعلت الإبحاث والملاحظات تتزايد حول هذا المرض العقلى والذى أدرج ضمن معايير الدليل التشخيصى والإخصائى الرابع الأمريكى .

تشخيص مرض الفصام :

سوف نعتمد فى هذا الحيز على المعايير التشخيصية التى ذكرت فى الدليل

التشخيصى والإحصائى الرابع الأمريكى .

معايير تشخيص الفصام وفقا للدليل التشخيصى والاحصائى الرابع :

١ – وجود ضلالات .

٢ – وجود هلاوس .

٣ – تفكك الكلام (مثل إنحراف مسار التفكير ، وعدم ترابط الكلام)

٤ – تفكك السلوك بصورة جسيمة أو ظهور السلوك الكتاتونى .

٥ – ظهور العديد من مظاهر السلوك والأعراض السالبة مثل : ضحالة الإنفعال، عدم مناسبته للموقف ، إفلاس وفقر الفكر ، فقدان الإرادة .

ملحوظات :

أ – لابد من توافر اثنين من الأعراض السابقة أو أكثر لكى يشخص الفرد فى هذه الفئة .

ب – إن تستمر الأعراض فترة من الوقت لا يستهان بها خلال مدة شهر واحد، إذا عولج المريض بنجاح .

جـ– وجود أكثر من صورة من صور إختلال الوظائف الإجتماعية والمهنية مثل :

– تدنى مستوى الإداء فى مجال رئيسى واحد أو أكثر بصورة جسيمة (مثل : العمل ، العلاقات الإجتماعية ، رعاية الذات) مقارنة بالمستوى والمظهر السابق على ظهور الأعراض .

د – إستمرار علامات المرض لفترة ستة أشهر على أقل تقدير ، على أن تشمل تلك الفترة أعراضا مستمرة لمدة شهر واحد على الأقل أو مدة أقل إذا عولج المريض بنجاح .

هـ– أن تكون هذه الأعراض نشطة .

و – إستبعاد الفصام الوجدانى وإضطرابات الوجدان المصحوبة بالأعراض الذهانية للأسباب الآتية :

– عدم مصاحبة أعراض أكتئاب أو هوس أو أعراض مختلفة لأعراض المرحلة النشطة للفصام .

– أو : فى حالة ظهور أعراض إضطراب وجدانى أثناء مرحلة الأعراض

النشطة تتصف مدتها الإجمالية بالإقتضاب عند مقارنتها بمدة إستمرار الأعراض النشطة أو المتبقية عن المرض .

جـ- إستبعاد سوء أستخدام المواد المخدرة أو الإصابة بأحد الأمراض العضوية التى تستدعى استخدام بعض الأدوية .

ط - الأخذ فى الإعتبار إذا كان قد سبق للمريض الإصابة بإضطراب الذاتوية فى الطفولة ، أو قصور النمو ، لا يضاف تشخيص الفصام الا عند توافر ضلالات أو هلاوس بارزة بالإضافة إلى أعراض الإضطراب الأصلى بصورة مستمرة ، لمدة لا تقل عن شهر (أو أقل عند النجاح فى علاج المريض) .

(APA. , 2000)

تداخل الفصام مع بعض الإضطرابات الأخري :

أكدت العديد من البحوث والملاحظات وجود تداخل ما بين أعرض إضطراب الفصام مع إضطراب الوسواس القهرى علي أساس وجود أفكار غير منطقية تدخل حيز تفكير الشخص .

(Kindler. et . ap, 1993)

فما هو الفرق بين الوساوس والضلالات ؟

١ - وجود درجة من الإستبصار لا بأس بها فى حالة الوساوس عكس الحال فى الضلالات Delusions

٢ - إن المريض فى الوساوس يقاوم ويحاول الإعتراض ، فى حين أنه يكون نستسلماً تماما ، فى حالة الضلالات.

٣ - تدرك الأنا (الوسواس) علي أساس أنه غير متسق معها ، فى حين يكون العكس فيما يتعلق بالضلالات (الإتساق مع الأنا ومعتقداتها) .

٥ - إن العديد من الدراسات أكدت إنتشار معدل الأعراض الوسواسية القهرية مع مرضي الفصام .

(أحمد عبد الخالق ٢٠٠٢ ، ص ص ٢٤٦ - ٢٥٠)

أعراض الفصام

يمكن تلخيص أعراض الفصام بصورة عامة فى المظاهر والعلاقات الآتية :

١ – إضطرابات التفكير : Thinking Disorders

وتنقسم إلى الإضطرابات الآتية :

أ – إضطراب فى التعبير عن التفكير .

ب – إضطراب فى مجرى التفكير .

جـ – إضطراب التحكم فى التفكير .

د – إضطراب محتوى التفكير .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

٢ – إضطراب الإدراك : Perceptual Disorders

وتأخذ المظاهر الآتية :

أ – إدراك أشياء لا وجود لها فى الواقع مثل الهلاوس Hallucinations ، حيث يحس الفرد أحاسيس ليست لها تنبيهات حقيقية (وتكون هلاوس سمعية ، لمسية، تذوقية) .

ب – سواء التأويل Illusions حيث تدرك الأشياء الموجودة فى الواقع ليست كما هى موجودة بالفعل بل يدركها فى صورة أو أكثر وبصورة محرفة بحيث يتفق هذا التحريف مع حالته النفسية .

(فرج طه ، ١٩٧٩)

٣ – إضطراب الإنفعال: Emotion Disorders

ويأخذ المظاهر الآتية :

أ – عدم **إتساق** الإنفعال مع المواقف الخارجية (حيث يفرح مثلا فى المواقف التى لا تستدعى ذلك أو العكس) .

ب – **التبلد** الإنفعالى وعدم مبالتة بكافة الأحداث التى تقع فى نطاق البيئة التى يعيش فيها .

جـ – عدم **ثبات** الإنفعال : حيث نجد الفصامى عرضه لحالات وقتية وذبذبات

إنفعالية مستمرة أو متكررة ، وقد ينتقل من حالة إنفعالة إلى حالة إنفعالية مناقضة تماما وبدون استغراق وقت طويل .

(محمد حسن غانم وآخرون ، ٢٠٠٣)

٤ – إضطرابات الإنتباه : Attention Disordel

ويأخذ المظاهر الآتية :

أ – سهولة تحول إنتباه الفرد من موضوع لآخر بالرغم من محاولة تركيز إنتباهه على الموضوع الأول .

ب – تبلد الإنتباه بحيث يصعب أن يستثار إنتباه الفرد نحو موضوع معين .

جـ – الدخول فى حالات من الهذيان والذهول والتى تقلل من قدرة الفرد على الإنتباه للواقع المحيط به .

د – الدخول فى حالة غيبوبة Comatose حيث يفقد الشخص وعيه بما يحيط به ويكاد يستحيل على المنبهات الخارجية جذب إنتباهه إليها وإستجابته لها ، أو إستثارتها أياه .

(فرج طه ، ١٩٧٩)

٥ – إضطراب الإرادة : Volition Disorden

ويأخذ المظاهر الآتية :

أ – عدم القدرة على المبادرة بوضع الخطط .

ب – عدم القدرة على ممارسة الإنشطة .

جـ – الإفتقاد إلى المعنى والهدف .

د – الإفتقار إلى القدرة على المثابرة لحل أى مشكلة .

هـ – السلبية التامة .

د – قد يعتقد بوجود قوى خارجية تسيطر على سلوكه (وأنه لا حول له ولا قوة) .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

٦ – إضطرابات السلوك وإنحرافه وشذوذه :

Behavioral Perversins, Abnormalities

ويأخذ المظاهر الآتية :

أ – إغراق السلوك وخروجه عن المألوف .

ب – قد يرتكب العديد من صور وأنواع الجرائم .

جـ قد يقدم على العديد من صور الإنحرافات الجنسية Sexual Perversions والتى تتمثل فى أن يحقق الشخص استمتاعه الجنسى بشكل أساسى عن غير الطريق السوى .

د – ويدخل ضمن إنحرافات السلوك وشذوذه : إضطرابات النطق ، والكلام ، والتردد ، وإرتعاشات بعض أجزاء الجسم ، وإتيان أفعال حركية لا معنى لها ، ومع ذلك يجبر على تكرارها .

(فرج طه ، ١٩٧٩)

أنواع الفصام : تتعدد التصنيفات التى قدمت للفصام . ومنها :

أ – الفصام الهذائى : Paranoid Schitophrinia

ويتميز بوجود هذاء – أفكار ومعتقدات غير واقعية – منظم وثابت مع احتفاظ الشخصية عادة بأمكانياتها العقلية ، وإن محور تصرفات المريض تدور حول هذا الهذاء الذى يعتنقة والذى لاشك للخطة فى واقعيته وصدقه . أما عن الأفكار الهذائية التى يعتنقها الشخص فهى كثيرة ويمكن حصرها فى فئات شائعة ثلاث هى :

– هذاء العظمة Delusion Of Grandeur

– هذاء الإضطهاد Delusion Of Persecution

– هذاء الغيرة Delusion Of Jealousy

(فرج طه ١٩٧٩)

تشخيص الفصام البارانويدى :

١ – فرط الإنشغال بضلالات متسقه مع كثرة ظهور الهلاوس السمعية المتعلقة بموضوع واحد فقط .

٢ – عدم ظهور أى عرض من الأعراض التالية :

– عدم ترابط الكلام .

– تفكك أواصر التفكير .

– ضحالة الإنفعال .

- عدم توافق الانفعال على التفكير .
- عدم توافق الانفعال مع المواقف .
- السلوك الكتاتونى .
- تفكك السلوك (وعدم ترابطه) بشكل جسيم .

(APA. , 2000)

ب - الفصام المفكك Dicorganis2ed Schi2aphrenia

ويتسم هذا النوع من الفصام بتفكك مكونات الشخصية بصورة شديدة مع وجود العديد من سمات الخلط الذهنى . وقد يميل المرضى فى هذا النوع من الفصام إلى الإكتئاب البسيط ، إلا أن الحالة المزاجية . فى الغالب تكون هى حالة من التقلب الوجدانى المتطرف ما بين الحزن والفرح إضافة إلى أن الانفعال يكون غير مناسب للموقف أو للسؤال ، إضافة إلى أن التفكير يتميز بالضحالة والتفكك وعدم الترابط .

(سيلفانو أريتى ، ١٩٩١)

تشخيص الفصام المفكك :

١ - عدم ترابط الكلام ، تفكك أواصر التفكير بصورة شديدة أو فرط تفكك السلوك .

٢ - ضحالة الإنفعال ، وعدم توافقه مع المواقف والتفكير .

٣ - لا تنطبق عليه معايير تشخيص النوع الكتاتونى

(APA. , 2000)

جـ- الفصام الكتاتونى : Catatonic Schisophronie

ويبدأ هذا النوع من الفصام فى سن متأخره بين ٢٠ - ٤٠ سنة ويتميز بإضطرابات الحركة . وأهم أعراضه الإضطرابات الكتاتونية والتى تأخذ المظاهر الآتية :

السبات والذهول والغيبوبة الكتاتونية ، الهياج الكتاتونى ، السلبية المطلقة ، المداومة على حركة أو وضع معين ، الطاعة العمياء أو الأتوماتيكية ، المداومة على الحركات المشابهة ، إضطراب الكلام ، أضطرابات جسمية .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨)

تشخيص الفصام الكتاتونى :

١ – الذهول أو الخرس .

٢ – السلوك السلبى .

٣ – التصلب أو الجمود أو عدم المرونة .

٤ – إتخاذ الجسم أوضاع غريبة .

٥ – المرادده والمحاكاة .

(APA. , 2000)

د – الفصام غير المتميز : Undi Fferentiated Schi2ophrenia

وهى حالات ذهانية تستوفى الشروط العامة للفصام ولكنها لا تنطبق على أى نوع من الأنواع المذكورة (فى باقى أنواع الفصام) وتعكس السمات الخاصة بأكثر من نوع واحد منها دون بروز واضح لأى مجموعة من المميزات التشخيصية لواحد منها بالذات ، ويستخدم هذا الرمز للحالات الفصامية فقط (بمعنى أنه يستبعد الفصام المتبقى وإكتئاب ما بعد الفصام)

(أحمد عكاشة ١٩٩٨)

تشخيص الفصام غير المميز :

١ – ضلالات بارزة (هلاوس) عدم ترابط الكلام والسلوك غير المترابط وبصورة جسيمة .

٢ – لا تنطبق عليه معايير الفصام الهذائى أو الكتاتونى أو الفصام المفكك .

(APA. , 2000)

هـ – فصام متبقى : Residual Schisophrenia

ويعد هذا النوع من الفصام مرحلة مزمنة فى مسار المرض الفصامى تم فيها إنتقال واضح من مرحلة أولية إلي مرحلة تالية تتميز بأعراض وإختلالات سالبة طويلة المدى وإن ليست بالضرورة غير معكوسة الإتجاه (بطء نفسى حركى ، قلة نشاط ، تبلد فى الوجدان ، سلبية وإفتقاد إلى المبادرة ، فقر فى كمية أو مضمون الكلام، فقر فى التواصل اللالفظى من خلال تعبيرات الوجه ، أنخفاض فى مستوى الإداء الإجتماعى) .

(أحمد عكاشة ،١٩٩٨)

تشخيص الفصام المتبقى :

١ – عدم وجود ضلالات بازة ، أو هلاوس ، أو عدم ترابط الكلام ، أو السلوك غير المترابط بصورة جسيمة .

٢ – وجود ما يفيد إستمرار الإضطراب من خلال عرض أو أثنين من أعراض تخلف المرض .

(APA. , 2000)

د – الفصام البسيط : Simple Schi2ophrenia

مصطلح يشير إلى نوع من الفصام يبدأ بصورة تدريجية ، حيث يفقد المريض الدافعية والطموح ، ولا تظهر عليه أعراض ذهانية صريحة ، ولا يعانى من الهلاوس والضلالات ، وعرضه الرئيسى ، إنزواء المريض وإبتعاده عن المواقف الإجتماعية والعمل .

ولا يتضمن الدليل الرابع هذا النوع من الفصام :

(Kaplan,H., Sadook, B. 1996)

وإن كانت المعلومات الطبية عن هذا النوع من الفصام قد إشارت إلى الآتى :

– إن هذا النوع من الفصام من أصعب الأنواع تشخيصا نظرا لغياب الأعراض الشديدة وصعوبة تفرقته عن بعض الأمراض وإضطرابات الشخصية .

– يبدأ فى سن مبكرة ما بين ١٥ – ٢٥ سنة .

– يزحف ببطء وتدريجيا حتى ينتهى بالتدهور التام للشخصية .

– يتميز بإضطرابات وتدهور فى الوجدان والإرادة والتفكير .

– ينتشر هذا النوع من الفصام بين أقرباء مرضى الفصام ، وبين موظفى الدرجات السفلى وبين المدمنين والمجرمين والمنحرفين جنسيا .

– ولذا يجب أخذ الإنطواء والإنعزال وفقد الإهتمامات بحذر شديد حتى لا يكون بداية لمرض الفصام البسيط .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

(سيلفانو أريتى ، ١٩٩١)

أسباب مرض الفصام :

تتعدد أسباب مرض الفصام . ويمكن حصرها فى :

أولا : العوامل البيولوجية :

أ – الوراثة : نشأ الاعتقاد بأن للفصام أساساً وراثياً من ملاحظة :

إرتفاع معدل حدوثه فى عائلات معينة دون أخرى ، وتمت ملاحظة ذلك على مدى ثلاثة أجيال . فإذا كان أحد الأبوين أو أحد الأخوة قد أصيب بالفصام فإن نسبة حدوثه بين باقى الأخوة تتراوح بين ٤ – ١٠ ٪ (سيلفانو أريتى ، ١٩٩١) .

ولذا فإن بحوث الوراثة ترجح إن الفصام يورث عبر جينات متعددة ، كما يتضح من دراسة التوائم ومن دراسات التبنى ومما يدعم هذا الاعتقاد إن الفصام ينتشر بين أقارب الدرجة الأولى للمريض حوالى ١٠ إلى ١٢ ٪ وإن نسبة إنتشاره بين أبناء الأبوين المصابين بهذا المرض قد وصل إلى ٥٠ ٪ .

(Kaplan, H., & Sa Dock, B, 1996)

ب – عوامل بيولوجية : ويمكن تقديم العديد من الادلة العلمية من خلال :

١ فرض النور أدريتالين : حيث وجدت الإبحاث أن زيادة نشاط هذا الناقل فى الفصام يؤدى إلى زيادة حساسية الجهاز العصبى للمثيرات الحسية الواردة من البيئة .

٢ – فرض حامض أمينوبيوتيريك : حيث يؤدى إلى إنخفاض نشاط هذا الناقل إلى زيادة نشاط الدوبامين .

٣ – فرض الدوبامين : حيث وجدت الدراسات والملاحظات أن أعراض الفصام تعود إلى زيادة حساسية مستقبلات ناقل الدوبامين العصبى ، أو زيادة نشاط هذا الناقل فى المخ . ويسود بين العلماء الآن إعتقاد مؤداه إن المسارات الدوبامينيه الخاصة بمنتصف لحاء قشرة المخ وبالفص الطرفى تلعب دورا جد هام فى الفصام وحدوث اعراضه .

٤ – فرض السيروتونين : حيث تمت ملاحظة أن ناقل السيروتونين يتخذ مسارا غير طبيعى فى بعض مرضى الفصام المزمن . حيث تفيد بحوث بإنخفاض نسبته فى الدم ، وبحوث أخرى تؤكد إرتفاع نسبته فى الدم ، والمهم إن هذه الأبحاث (رغم إختلافها) قد أكدت حقيقة وجود إختلالات فى الوظيفة .

٥ – مواد مهلوسة : حيث رأى البعض أن بعض المواد الأمينيه الموجودة أساسا فى الجسم تتحول إلى مواد تسبب الهلاوس من خلال عمليات تمثيل كيميائى غير طبيعية . بيد أن هذا الفرض يحتاج إلى مزيد من التجارب للتدليل على مثل هذا الافتراض .

(ديفيد . هملس ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٣٨١ – ٣٥٨)

ثانيا : أسباب نفسية :

بالرغم من حديثنا هنا عن الاسباب النفسية إلا أن العوامل البيولوجية والوراثية لا يجب أن تغيب عنا لأن الاسباب النفسية غير السوية وحدها لا تؤدى إلى الفصام ما لم تكن هناك تهيئة بيولوجية . إضافة إلى ضرورة الأخذ فى الإعتبار أن العوامل البيولوجية ليست عله كافية للفصام ما لم تؤازرها سلسلة من الظروف النفسية غير المواتية .

ويلخص سلفانو أريتى تاريخ أو بدايات الإصابة بالفصام من خلال أربع مراحل هى :

المرحلة الأولى : وهى مرحلة الطفولة الباكرة حيث يعيش المريض بكثافة إنفعالية داخل أوضاع إسرية يخبرها بقوة بالغة على نحوما غير عادى .

المرحلة الثانية : وهى مرحلة الطفولة المتأخرة فغالبا ما يكتسب المريض خلالها نمطا خاصاً من الشخصية ما لم يتم تصحيحه على نموها واحد تلك الانماط هو النمط الشيذوبدى (الإنطوائى) حيث يتوقع الشخص علاقات غير مرضية مع الآخرين فيصبح مبالا للعزلة ، أقل إنفعالات ، وأقل إهتماما وإندماجا مع الآخرين .

المرحلة الثالثة : تبدأ عادة مع المراهقة ، حيث يتبع الفرد ميكانيزمات تمليها عليه طبيعته الإنعزالية . فيتبع الأخرين فى صمت ، ويظل شخصا منعزلا بلا صاحب مع العديد من مشاعر اليأس وأنه لا أمل فى المستقبل ويدرك صورة الذات (كشئ مدمر) .

المرحلة الرابعة : وهى المرحلة التى يتجلى فيها المرض بصورة الكلينيكية الصريحة فتتقطع الروابط بين المريض والواقع وينسحب منه بطريقة لافتة للنظر ، بل ويصبح العالم مرعبا ، والخطر يتهدده فى كل مكان . ولا سبيل أمامه للهروب .

(سيلفانو أريتى ، ١٩٩١)

ثالثا : الأسباب الإجتماعية – الثقافية :

حيث يركز أصحاب هذه النظريات على العوامل الإجتماعية ، وقد تم التوصل إلى بعض الخطوط الرئيسية فى هذا الصدد حيث تتميز عائلة مرضى الفصام المزمنين بالآتى :

أ – يعانى الوالدين أو أحدهما من الذهان أو من ألحد الفاصل للذهان .

ب – تتميز علاقة الأبوين بالطفل بالتكافل الطويل المدى .

جـ– يعيش الأب والأم فى حالة طلاق عاطفى مع إعوجاج واضح فى الحياة الزوجية .

د – وجود الأشخاص فى عائلات يبدو الإكتئاب بينها واضحا إستجابة لخسارة أو فقدان عزيز .

هـ – ولذا فأن الأسر الفصامية تنجب أطفالا فصاميين عكس الحال فى الأسر السوية .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

علاج الفصام :

بداية ليس من الضرورى حجز المريض فى المستشفى (لأن الإتجاهات الحديثة فى العلاج تأخذ العديد من العوامل فى الإعتبار ، وتعمل فى الوقت نفسه على عدم حجز المريض فى مكان منعزل – المستشفى ، بل تحاول من خلال طرق وأساليب التأهيل المختلفة على مد جسور التعاون والاتصال مع البيئة الخارجية ، ومقدار الدعم والمساندة الاجتماعية والنفسية التى يلقاها المريض من أفراد خارج المستشفى .. وقد أشارت العديد من الدراسات عن حدوث تحسن ملحوظ لدى هؤلاء المرضى الفصاميين .

وعموما فى ضوء معلومات موضوعية معينة ، وتقييم موضوعى يمكن تقرير ما إذا كان من الأفضل حجز المريض فى المستشفى أو مد جسور الإتصال مع الواقع الخارجى .

(لافندر ، واش ، ٢٠٠٢)

(ديفيد همسلى ، ٢٠٠٠)

وتنقسم أساليب العلاج إلى :

أولا : العلاج بالعقاقير :

بدأت ثورة الطب النفسى فى سنة ١٩٥٢ عندما بدأ بعض الأطباء فى علاج مريض الفصام بالكوربرومازين (لارجاكتيل – بروماسيد) مع ظهور نتائج تفوق العلاجات السابقة ، وقد تطور العلاج بالعقاقير ووصل عددها إلى العشرات حسب الأعراض .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨)

ولذا فإن العلاج الدوائى يشمل مضادات الذهان مثل : مضادات مستقبلات ناقل الدوبامين ، ومضادات ناقل الدوبامين ، وناقل السيروتونين .

(Kaplan, H., & Sadock, B. , 1996)

وتهدف هذه العلاجات الى الحد من الاعراض الفصامية (أو إزالتها تماما) مثل ظاهرة الهلاوس والضلالات والتفكك الى جوانب الشخصية الآخرى حتى يستعيد الشخص صلته المقطوعة والمشوشة والواهية مع الواقع المعاش .

ثانيا : العلاج بالصدمات الكهربائية :

ويستخدم هذا العلاج بفاعلية فى عدد قليل من حالات الفصام وقد أثبت هذا النوع من العلاج فاعليته تحديدا مع مرضى الفصام من النمط الكتاتونى . كما وجدت الملاحظات أن مرضى الفصام الذين تقل مدة مرضهم عن سنة واحدة . يستجيبون بصورة جيدة لهذا النوع من العلاج .

ثالثا : العلاجات النفسية :

على الرغم من وجود العديد من المدارس والفنيات والطرق العلاجية إلا أننا سنركز – فى هذا الجزء على **العلاج النفسى التدعيمى لمرضى الفصام** من خلال :

أ – أنواع الإستجابة العلاجية للهلاوس :

– لا توافق المريض على صدق هلاوسه .

– تحرً الظروف المحيطة بظهور الهلاوس .

– حاول تفسير حدوثها (كرد فعل لصدمة لاعتبر الذات مثلا) .

– إشرح آلية ظهور الهلوسه للمريض مرات متكررة .

– حاول معالجة الحالة بزيادة الآثاره الخارجية (سماعات راديو ستريو) .

– اطلب من المريض القيام بالشوشرة على الهلاوس (بالدندنة) أو الغناء .

– تجنب التركيز على الهلاوس ، وركز بدلامن ذلك على النواحى الإيجابية .

(بيتر نوفاليس وآخرون ، ١٩٩٨)

وما قدمناه سابقا هو مثال ونموذج عملى يسترشد من خلاله المعالج النفسى التدعيمى لكيفية التعامل مع الهلاوس (بكافة إشكالها وأنواعها .. وهى من أهم الأعراض فى مرض الفصام .

وقد ذكرنا هذا النموذج كمثال لأن خبرة العديد من العلماء والباحثين والمهتمين

بمجال مرضى الفصام لا يحبذون إستخدام العلاج النفسى التحليلى التقليدى ، فى علاج مرضى الفصام وذلك (لهشاشة) أنواتهم ، وفقدان الاستبصار بالواقع وقوانينه . وإن أفضل أنواع العلاجات التى من الممكن أن تقوم فى هذا الصدد هو العلاج التدعيمى والذى يعتمد على العديد من الفنيات مثل : النصح ، الطمأنة ، التوعية ، تشكيل السلوك ، ووضع الحدود ، وإختبار الواقع .. وكل ذلك يهدف إلى الوصول بالفرد إلى الواقع والأتصال والتعاون مع الواقع .. ذلك الإتصال الذى كان مقطوعاً أو مشوشا من قبل .

(Kaplan, H., & Sadock, B., 1996)

نصائح ومحاذير وأسس يجب مراعاتها عند إجراء مقابلات مع مرضى الفصام سواء أكانت المقابلة طبية أم نفسية أم إجتماعية :

بداية لاشك إن التعامل مع مريض الفصام يحتاج إلى مزيد من المهارة والحنكة خاصة إبان المقابلة مع الأخذ فى الأعتبار أمرين :

الأول : كيف تساعد المريض على تخفيف الفوضى النفسية الداخلية تلك التى يعانى منها وتتمثل فى هذا الإنفصام بين مكونات الشخصية المختلفة .

الثانى : كيف تجعل مريض الفصام يتقبلنا دون أن يشعر إننا نفرض أنفسنا عليه أو إننا لسنا خطراً عليه .

ورغم ذلك لابد من مراعاة الآتى إبان مقابلة مريض الفصام .

أ – لا تحاول مناقشة ضلالات المريض ، أو الدخول فى مناقشات معه حتى تقنعه بخطأ هذا الإعتقاد ، أو تستخدم المنطق والواقع لاثبات خطأ ما يعتقده المريض .. لماذا ؟

لان الخبرة الكلينيكية – كما ذكرها كثير من المتعاملين مع الفصامى – قد أكدت حقيقة مؤداها : **إن مناقشة الضلاله يقود المريض إلى مزيد من التشبث بهذه الضلالة .**

ب – حاول أثناء حديث المريض عن ضلالاته (من قبيل أن العالم خطر ، وأن المخابرات الغربية تترصد أفكاره وتحركاته ، بل وتسرق أفكاره ورؤاه للعالم .. إلخ حاول أن تستشف الانفعالات القائمة خلف هذه الأفكار أو الفكرة الضلالية .

– هل يشعر المريض بالخوف ؟

– هل يشعر المريض بالغضب ؟

– هل يشعر المريض إن الامور قد حسمت لصالح المترصدين له ، فضحلت

إنفعالاته موجه من اليأس ، وأنه لا أمل فى المقاومة ؟

– ما هى طبيعة الصورة المدركة للذات الآن ؟

جـ – تقبل (أو أظهر تقبلك) لهذه الأفكار وصارح المريض بذلك بأسلوب مبسط واضح . فعلى سبيل المثال عندما يقول المريض : عندما أشاهد التليفزيون مصادفة أشعر وكأن مذيعة النشرة الإخبارية ، تسرق أفكارى .. هنا يقول له القائم بالمقابلة .

– وما شعورك إزاء تلك الأمور ؟

أو – ما هو رد فعلك إزاء هذا الأمر ؟

د – لا تحاول أن تقطع حديث المريض بأن تعلق على شئ . ولكن استمع بانتباه وتعاطف مع المريض .. لماذا ؟

لأن الاستماع يعطى رسالة للمريض مؤداها أنه إنسان لديه مايقوله ، وأن مايقوله هام ويستمع إليه الآخر .

هـ – لابد من عدم التقيد بوقت ومكان محدد للمقابلة .. فإذا أكتشفت إن المريض لا يستطيع تحمل أكثر من عشر دقائق ، أو أكثر أو أقل – فلا تضغط عليه حتى تتم المدة المقررة للمقابلة (٤٥ دقيقة أو ساعة مثلا) بل أخبر المريض بأنك ستستأنف المقابلة فى وقت لاحق ووضح له : الموعد والمكان ، والتزم بما ذكرته للمريض لماذا ؟ .

لان التزام القائم بالمقابلة (بالموعد والمكان) ينقل رسالة هامة للمريض مؤداها: إن القائم بالمقابلة جدير بأن يثق به (وهذا أول خيوط الأمل، خاصة إذا أخذنا فى الإعتبار أن كثير من مرضى الفصام يسيطر عليهم الشك فى الأخرين بل وفى نواياهم) .

د – كن صريحا مع المريض . لا تتظاهر بتصديق الضلالة ، فلا تقل له إنها صحيحة ، بل أشعره بأن الضلالة صحيحة من وجه نظره .

حاول أن تجسد الواقع للمريض مع ما فى ذلك من صعوبة إذ عليك أن تصبح مصدرا متسقا لاختبار الواقع دون إذلال المريض أو نبذه فى الوقت نفسه .

مثال : قد يشاهد المريض فيلما سينمائيا – أو فى التليفزيون – ويقول إن هذا الفيلم قد وضع خصيصا لكى يسرد قصة حياته .. فهل فهمت المحتوى والرسالة ؟

ويكون رد القائم بالمقابلة : بل هو فيلم يتناول حياة مجموعة من البشر يشعرون بالحزن والإحباط (كمشاعر غالبة فى الفيلم) وإنك تشعر بشعور وإحساس مماثل .

ز – لاحظ المشاعر التى يولدها المريض فى نفسك ، لانها تجسد فى العادة

أسلوب وسيطر عليها تفاعل المريض المميز . أحرص على أن تفرق بين المشاعر التى تمثل استجابتك المباشرة للمريض ، والمشاعر التى لا علاقة له بها مثل شعورك بالحزن لخلاف حدث بينك وبين زوجتك أو شقيقتك قبل أن تذهب إلى العيادة (المستشفى لمقابلة المريض) .

حـ – لا تضحك بصورة آلية عندما يقول المريض شيئا غريبا وبصورة تلقائيا قد جعلك تضحك ؟ .. لماذا ؟

لأن المريض سوف يفسر ضحك القائم بالمقابلة على أساس أنه :

– عدم إحترام له .

– عدم تفهم لحالة الهلع واليأس وفقدان الأمل (الفارق) فيها .

– يدعم عدم ثقته فيك (وأنت تمثل الآخر والعالم)

– يشعر أنه لا قيمة له • مما يدعم ضلالات الإضطهاد من قبل الآخرين)

لكن لا يعنى كل ما سبق الا تضحك حين يروى المريض نكتة على سبيل المثال لكن لا تبالغ فى الضحك أو تحول جلسة المقابلة إلى (إلقاء نكت)

ط – ضع فى اعتبارك حاجة مريض البارانويا إلى الإبتعاد عن غيره والسيطرة على ما حوله ، فالكثيرون من هؤلاء المرضى يشعرون بالراحة عندما تكون (رسميا) معهم ، ومتحفظا معهم وتعاملة بصورة من عدم التعبير (أو الإنخراط) فى المشاعر (لأن المشاعر الدافئة من قبل القائم بالمقابلة تجاه المريض البارانويد وقد تشعره بالخطر)

ى – لا تتردد فى الإجابة على أسئلة شخصية معينة . حاول أن تعيد مسار المقابلة إلى شؤون المريض ، وتذكر أن الأجابة على بعض أسئلة المريض بشأن شخصك قد يساعده على التحدث بحرية عن نفسه .

مثال : إذا سألك المريض : هل لديك أولاد .

فيرد القائم بالمقابلة : وهل يهمك أو يعنيك هذا الأمر ؟

المريض : إريد فقط أن أعرف

القائم بالمقابلة : حسنا سوف أخبرك بذلك ، ولكن دعنا نتحدث أولا عن سبب أهمية هذه المعلومة بالنسبة لك ؟

(Kaplan, H., & Sad ock, B. ,1996)

مسار ومـآل مرض الفصام :

يمثل القدرة على التنبؤ بمصير ومـأل مرض الفصام أهميـة قصوى للأسباب الآتية :

١ – إختلاف الباحثين فى تقييم نتائجهم بالنسبة للشفاء . هل هو شفاء من الأعراض الكلينيكية ؟ أم هو شفاء إجتماعى ؟ أم هو شفاء الأعراض وشفاء إجتماعى معا ؟

٢ – الفصام مرض يتميز بالنكسات ونوبات دورية وأحيانا يصبح مزمنا ولذا إذا ذكرنا شفاء بعد (٤) سنوات فقد يحتمل حدوث النكسة بعد (١٠) سنوات .

٣ – يختلف المرض فى إستجابته للعلاج تبعا لنمط ونوع الفصام .

٤ – تظل نسبة كبيرة من المرضى تعتمد ولفترات طويلة على العلاج والعقاقير ولكن إذا توقفوا عن تناول العقاقير فقد تحدث لهم إنتكاسة ولذا من الصعب تقييم مثل هذه الفئة .

٥ – يخلف مرض الفصام بعض الآثار بعد كل نوبة . وبالتالى إذا نظرنا إلى مآل المريض بعد (٥) أو (٦) نكسات فهو يختلف تماما عن الفصامى الذى عانى من نوبة واحدة .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

ويستخدم بعض الباحثين ما يسمى (قاعدة الاثلاث) فى وصف مآل الفصام كالآتى :

– حوالى ثلث المرضى يتمكن من الحياة بصورة شبه طبيعية .

– حوالى الثلث الثانى يعانى من أعراض مهمة مع إستمرار قدرتهم على القيام بوظائفهم فى المجتمع .

– الثلث الأخير : يعانى من خلل شديد فى وظائفه مما يتطلب دخوله المستشفى بصورة متكررة .

– هناك نسبة (من كل ماسبق) تبلغ حوالى ١٠ ٪ تحتاج إلى البقاء فى دور العلاج طوال حياتهم .

(Kaplan, H., & Sad ock, B. ,1996)

محكات تساعد على التنبؤ بالمصير والمآل الجيد :

– ظهور المرض فى سن متأخرة .

- توافر عوامل مرسبة واضحة .
- ظهور المرض بصورة فجائية وحاده وعنيفة .
- التوافق الإجتماعى والمهنى الجيد قبل ظهور المرض ٠
- وجود أعراض إضطراب وجدانى ولاسيما الاكتئاب .
- أن يكون متزوجا قبل إصابته بالمرض .
- وجود حالات أضطراب وجدانى بين الأقارب .
- توافر شبكة دعم ومساندة إجتماعية جيدة .
- ظهور العديد من الأعراض الفصامية الموجبة .

محكات تساعد على التنبؤ بالمصير والمآل السيئ :

- ظهوره فى سن مبكرة .
- عدم توافر العوامل المرسبة .
- زحف المرض بصورة تدريجية وبطيئة .
- عدم التوافق الإجتماعى والمهنى والجنسى والأكاديمى قبل ظهور المرض .
- الانزواء والميل إلى الإنطواء .
- أن يكون الشخص قبل المرض أما غير متزوج أو مطلق أو أرمل .
- وجود حلات فصام بين الاقارب .
- عدم توافر شبكة من الدعم والمساندة .
- وجود العديد من الاعراض السالبة للفصام .
- وجود علامات تدل على إصابة الجهاز العصبى المركزى .
- وجود تاريخ عن التعرض للإصابة قبل الولادة .
- عدم التعافى لمدة سنوات متصلة .
- كثرة الإنتكاسات (أو النوبات المتكررة) .
- أن يكون قد سبق للمريض الإعتداء على الغير .

المراجع

١ - أحمد عبد الخالق (٢٠٠٢) ، **الوسواس القهرى - التشخيص والعلاج** ، الكويت ، مجلس النشر العلمي .

٢ - أحمد عكاشة (١٩٩٨) ، **الطب النفسى المعاصر** ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

٣ - بيتر نوفاليس وآخرون (١٩٩٨) ، **العلاج النفسى التدعيمى** ، ترجمة عادل دمرداش ، لطفى فطيم ، القاهرة ، المجلس الأعلى للثقافة .

٤ - دفيد همسلى (٢٠٠٠) ، **فحص الفصام فى كتاب** : مرجع علم النفس الاملينيكى للراشدين ، تحرير س. لنيدراى ، ج . بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ص ص ٣٤١ - ٣٥٨

٥ - دفيد همسلى (٢٠٠) **علاج الفصام** ، فى كتاب : مرجع فى علم النفس الاكلينيكى للراشدين ، تحرير س. ليندراى ، ج. بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ص ص ٣٥٩ - ٣٨٠

٦ - سيلفانو أريتى (١٩٩١) ، **الفصامى : كيف تفهمه وتساعده** ، ترجمة عاطف أحمد ، الكويت ، عالم المعرفة ، العدد (١٥٦) ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب .

٧ - فرج طه ، حسين عبد القادر ، شاكر قنديل ، مصطفى كامل (١٩٩٣) ، **موسوعة علم النفس والتحليل النفسى** ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .

٨ - فرج طه (١٩٧٩) ، **مبادئ علم النفس** ، القاهرة ، مكتبة الخانجى .

٩ - محمد حسن غانم وآخرون (٢٠٠٣) **أسس علم النفس العام** ، القاهرة ، دار الإتحاد للنشر والتوزيع .

١٠ - مصطفى زيور (١٩٧٥) ، **مصطلح ذهان** فى معجم العلوم الإجتماعية ، تصدير ومراجعة إبراهيم مدكور ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ص ص ٢٧٩ - ٢٨٠

١١ - لافندر ، واشن (٢٠٠٠) ، **إعادة التأهيل والتدخل**، فى كتاب : مرجع فى علم النفس الاكلينيكى للراشدين ، تحرير س. ليندزاى ، ج. بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ٥٤٩ - ٥٦٤

12 - Ameri can psychiatric Association (2000) . **Diagnostic and statistical manual of menntal dicorders,** 4 eautian . **washingt on** DC.

13 - Kapl an, H., Sadock, B. (1996) **Pocket Hand book of clinical psychiatry,** london, willia Ms ap willns, second edition

14 - Kindler,s. Kaplan.2. 2ohar, J. (1993) **obasslve-compulsive symptoms in schi2ophrenia** in . E. Hallander (Edj. , obsessive - compulsive - related disorders, washington, DC : **Amatican psychiatric press,** pp. 203 - 214

الفصل الخامس

إضطرابات الشخصية

محتويات الفصل :

- وبائيات إضطرابات الشخصية .
- تعريف إضطرابات الشخصية .
- تصنيف إضطرابات الشخصية .
- أنماط إضطرابات الشخصية .
- أسباب إضطربات الشخصية .
- علاج أضطرابات الشخصية .

الإضطرابات الشخصية

Personality disorders

مدى إنتشار إضطرابات الشخصية :

تنتشر إضطرابات الشخصية بأكثر مما نظن . والمشكلة إن كثيرا من الأفراد الذين نتعامل معهم ، ويديرون شئوننا قد يكونوا مصابين بأعراض إضطراب نمط معين من أنماط الشخصية ، ويمارسون أضطرابهم وسلوكهم على الآخرين ويعتقدون أنهم يفعلون الصواب تجاههم .

فعلى سبيل المثال – لا الحصر – وجدت الدراسات ان أشخاص الذين يعانون من إضطراب الشخصية البينية (Border Line Personality Diso rder (BPD يسود بينهم التفكير في الإنتحار بل الإنتحار فعلا . فمن بين ٧٠٪ إلى ٧٥٪ من العملاء البينين لديهم تاريخ سابق لمحاولة إنتحار واحده ورغم وجود ما يشير إلى إمكانية إقدامهم على الإنتحار إلا إن الملاحظات – في الغرب – وجدت أن ما بين ٥٪ إلى ١٠٪ ينتحرون .

(مارشا لينهان وآخر ، ٢٠٠٢ ، ٩٥٧)

إلا أنه فيما يتعلق باضطرابات الشخصية رصد الآتى :

- يتراوح إنتشار إضطراب الشخصية بين ٦ إلى ٩٪ .
- نجد أيضا العديد من مظاهر إضطرابات الشخصية لدى الأطفال إلا أنها تأخذ شكل **إضطراب فى الطباع** .
- إن إضطرابات الشخصية تبدأ فى الظهور فى آواخر مرحلة المراهقة وبداية سن الرشد .
- تتساوى نسبة إصابة الذكور مع الإناث فى إضطرابات الشخصية .
- تنتشر إضطرابات نفسية غير محددة فى أسر مرضى إضطرابات الشخصية .
- ثبت إن الوراثة تلعب دورا جزئيا ومحدودا فى إصابة الشخص بنمط من أنماط إضطرابات الشخصية .

(Ellison J. Shader, R., 1994 , P. 259)

ويكفى أن نشير إلى أن إضطرابات الشخصية قد أصبحت محورا مستقلا بداية من الدليل التشخيصى الثالث .

(DSM III , 1980)

*** تعريف إضطرابات الشخصية :**

أ - تعريف علم النفس :

يعرف الإضطراب فى موسوعة علم النفس والتحليل النفسى بأن الإضطراب يعنى لغويا الفساد أو الضعف وهو لفظ يستخدم فى مجال علم النفس بصفة عامة وفى مجال علم النفس الاكلينيكى بصفة خاصة وكذا فى الطب النفسى . وهو يطلق على الإضطرابات التى تصيب الشخصية من ناحية التفكير أو الإنفعال أو السلوك ، ويعنى سوء توافق الفرد مع ذاته ، أو مع الواقع الإجتماعى الذى يحيا فيه .

إضافة إلى العديد من المظاهر - الأخرى - التى تصيب الشخصية من ناحية فقدان إتزانها وثباتها الإنفعالى أو تمييزها بالعديد من السمات التى تميز كل نمط من أنماط إضطرابات الشخصية .

(فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٩٤)

ب - تعريف الطب النفسى :

١ - إضطرابات الشخصية نوع من الإضطرابات تصبح فيه سمات الشخصية غير مرنة ولا متوافقة ، وتسبب لصاحبها خلل ملحوظ فى أداء وظائفه أو الشعور بالمعاناة ، وتظهر على هؤلاء المرضى أنماط متأصلة وثابتة وغير متوافقة فى التعامل مع البيئة وإدراكها وفى التعامل مع أنفسهم وفى تصورهم لذاتهم .

(Kaplan & sadock, 1996 , P. 387)

٢ - تعرف إضطرابات الشخصية بأنها أنماط متصلة وغير متوافقة من السلوك المتأصل والمتغلغل فى نسيج الشخصية ، والتى لا ترجع إلى إضطرابات المحور الأول أو الثالث ، أو إضطرابات تنتج عن مشكلات تتعلق بدور الشخص فى ثقافته . وهذه الفئة من الأمراض تعود إلى إضطراب سمات الشخصية ، وليست تغيرا طارئا عليها . وقد يتخذ إضطراب السمة مظهرا سلوكيا ، أو إنفعاليا ، أو معرفيا ، أو حسيا ، أو ديناميا .

(Derksen , 1995 , P. 5)

تصنيف إضطرابات الشخصية :

سوف نعتمد فى هذا الحيز على الدليل التشخيصى والاحصائى الرابع لأضطرابات الشخصية والذى بدوره قد قسمها إلى ثلاث فئات أو وظائف .

الطائفة (أ) : وتضم أنواع إضطرابات الشخصية التى تتصف بالغرابة والشذوذ، ويندرج تحت هذه الطائفة أضطرابات الشخصية . البارانويديه ، وشبه الفصامية ، والفصامية النوع .

الطائفة (ب) : وتضم هذه الطائفة كافة الشخصيات المضطربة والتى يغلب على سلوكها وسماتها : التهويل والمبالغة ، وتقلب الإنفعالات وعدم ثباتها وأيضا عدم إتساق الإنفعالات مع الموقف . ويندرج فى هذه الطائفة إضطرابات الشخصية ، النرجسية ، والمناهضة أو المضادة للمجتمع ، والشخصيات البينية .

الطائفة (جـ) : ويغلب على الشخصيات التى تتدرج فى هذه الفئة ظهور القلق والمخاوف بصورة واضحة . وتضم هذه الطائفة الشخصيات الآتية المتجنبة ، الإعتمادية ، الوسواسية القهرية .

(APA., 2000)

أنماط إضطرابات الشخصية :

أولا : الطائفة الأولى : الشخصيات الشاذة والغريبة (odd and eccentric)

١ - **إضطرابات الشخصية البارانويدية** Paranoid-personality Disorder

مدي إنتشارها :

- ينتشرهذا النمط من إضطرابات الشخصية ما بين ٥و٪ إلى ٥ر٢ ٪ كما ينتشر هذا النمط من الاضطراب بين أقارب مريضى الفصام والاضطراب الضلالى .

- هذا النمط من الإضطراب وجد أنه أكثر إنتشارا بين الذكور مقارنة بالإناث .

تعريف الشخصية البارانويدية : هو إضطراب شخصية يتميز بحساسية مفرطة نحو الهزائم والرفض ، وعدم مغفرة الإهانات ، وحمل الضغائن بشكل مستمر ، الشك فى الآخرين ، وميل لتشويه الخبرات من خلال سوء تفسير الإفعال المحايده على أنها عدوانية ، وعلى إعتقاد مستمر إن الجميع يريدون إلحاق الأذى به .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥٧٣)

معايير تشخيص إضطراب الشخصية البارانويدية وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

١ – الشك فى أن الآخرين يقومون باستغلاله وإيذائه أو خداعه دونما إستناد إلى أدلة كافية .

٢ – الإنهماك فى شكوك لا مبرر لها فى ولاء الأصدقاء وكل المعارف وفى مدى استحقاقهم للثقة التى منحهم إياها .

٣ – العزوف عن الإفضاء بأسراره للآخرين خوفا من إستغلالهم لهذه المعلومات ضده .

٤ – تراوده شكوك مستمرة فى مدى إخلاص الزوجة أو من يماثلها من أشخاص يتعامل معهم .

٥ – يؤمن بأنه يتعرض لإعتداء على خُلقه وسمعته ولا يشعر بذلك أحدا غيره . وهذا سيتوجب منه – بلاشك – سرعة الغضب والمبادرة برد الإعتداء (إنطلاقاً من المثل القائل : أتغدى بيهم قبل أن يتعشوا بك) .

٦ – لا يغفر الإهانة مهما كانت ويضمرها داخله .

٧ – ينقب عن معان خفية أو أخرى تنطوى على التهديد فيما يسمعه أو فيما يتعرض له من مواقف عادية .

٨ – يشعر بالإهانة والإزدراء بسهولة ويستجيب بالغضب والتهور بسرعة أو قد يقوم من فوره بمهاجمة الشخص الآخر الذى يعتقد أنه قد أهانه .

ملحوظات :

أ – لابد من توافر **أربعة** معايير (أو أكثر) من الأعراض السابقة حتى تتمكن من تشخيص هذا النمط من إضطرابات الشخصية .

ب – يشترط الا يقتصر حدوث الأعراض السابقة أثناء مرض الفصام أو إضطراب وجدانى مصحوب بأعراض ذهانية أو أى إضطراب نفسى آخر والا تكون نتيجة مباشرة لمرض عضوى .

جـ – إن الصفات الأساسية المميزة لهذا النمط من الشخصية يتصف بالآتى :

– شك وارتياب فى الآخرين .

– يفسر دوافع وسلوك الآخر على أنه شرير وعدوانى .

– يبدأ الإضطراب فى بداية سن الرشد .

– تظهر الأعراض السابقة وبصورة متكررة – فى الكثير من المواقف الحياتية

والتفاعلات الإجتماعية التى تتم بين الشخص والآخرين .

(APA. , 2000)

٢ - إضطراب الشخصية شبه الفصامية :

schi2oid personality Disorder.

مدي الإنتشار : تتخذ وبائياته الصفات الآتية :

- يصيب حوالى ٧٫٥٪ من جملة السكان .
- يكثر حدوثه بين أفراد أسر لهم تاريخ سابق فى الإصابة بمرض الفصام .
- يكثر حدوثه بين الذكور أكثر من حدوثه بين النساء .

تعريف إضطرابات الشخصية شبه الفصامية :

نمط متأصل من عدم الإكتراث بالعلاقات الإجتماعية والقدرة المحدودة على إستشعار الخبرات الإنفعالية والتعبير عنها والذى يبدأ من مرجلة الرشد المبكر ويظهر فى مواقف مختلفة .

(spit2er. et al , 1990)

معايير تشخيص إضطراب الشخصية شبه الفصامية وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

١ - لا يرغب فى إقامة علاقات إجتماعية وثيقة مع الآخرين .

٢ - حتى أفراد إسرته لا يستمتع بعلاقته معهم ولا يسعى الى توثيق علاقته بهم .

٣ - يختار دوما أن يمارس الإنشطة الفردية والتى لا تتطلب وجود آخر يشاركه .

٤ - لا يهتم بشكل يذكر بإقامة علاقة جنسية مع إفراد الجنس الآخر .

٥ - لا يشعر بالمتعة من ممارسة أى نشاط تقريبا .

٦ - ليس لديه أصدقاء مقربون أو من يأتمنهم على أسراره .

٧ - لا يهتم بما يبديه الآخرون نحوه من مدح أو ذم .

٨ - يظهر عليه البرود العاطفى والتباعد عن الآخر وتسطيح الإنفعالات حيث يظهر عليه : التحفظ ، البرود ، نادرا ما يبادر غيره بتعبيرات الوجه أو الحركة مثل الإبتسامة أو هز الرأس .

ملحوظـات :

أ – لابد من توافـر أربعـة مـحكات أو عـلامـات أو أعـراض حـتى يمكن أن نشخص الفرد فى هذه الفئة .

ب – يشترط لتشخيصه الا يقتصر ظهور أعراضه على فترات من الإصابة بمرض الفصام ، أو إضطراب وجدانى مصحوب بأعراض ذهانية ، أو إضطراب نفسى آخــر ، أو إضطراب قـصـور النمـو ، وإن لا يكون نتـيـجـة مـبـاشـرة للإصـابة بمرض عضوى .

جـ – إن الصفات المميزة لهذا النمط من الشخصية يتصف بالآتى :

– عدم إقامة أى علاقات إجتماعية .

– – التعبير الإنفعالى الضحل والمعدوم فى المواقف الإجتماعية .

– تبدأ الإصابة بهذا النوع من الإضطرابات فى مرحلة مبكرة من سن الرشد .

– تظهر الأعراض المميزة لهذا النوع من الإضطرابات فى العديد من المواقف وبصورة متكررة .

(APA. , 2000)

٣ – إضطراب الشخصية فصامية النوع :

scho2otypal personality Disorder.

مدى إنتشارها : تتخذ وبائياته الصفات الآتية :

– تبلغ نسبة إنتشاره (٣٪) بين السكان .

– يزداد إنتـشـاره لدى الأشـخـاص الذين لديهم أقـارب لهم تاريخ سـابق من الأصابة بمرض الفصام .

– يزداد إنتشاره بين الذكور أكثر من الإناث .

(Kaplan, Sadick., 1996)

تعريفه :

هذا النمط من الشخصيـة يختلف عن الشـخـصية شبـه الفصاميـة ، حيث أن الشـخـصيـة فصاميـة النوع تغنى بوجـه عام أن الفصام قد تجسد فى شخص يمارس حياته ظاهريا بالاسلوب العادى ، فهو شخص لا يبالـى ولا يصنع علاقات بأى درجة من السطحيـة أو العمق ولا يشعر بثقل ظله علـى الآخرين ، ولا يعترف بأى مساحة خارج حدود ذاته ، ويسهم بشكل أو آخر فى إعاقة نموه وبالتالى نمو من حوله .

(يحيى الرخاوى ، ١٩٧٩ ، ١١٥)

والشخصية شبه الفصامية نمط متغلغل من القصور فى الإرتباط بالآخرين ، وشذوذ التفكير والمظهر والسلوك التى تبدأ فى مرحلة الرشد المبكر وتظهر فى مواقف متنوعة .

(spitser. , et al, 1990)

معايير تشخيص إضطراب الشخصية شبه الفصامية وفقا لمعايير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

١ - الأفكار الإيمائية إلا أنها لا ترقى إلى مستوى الضلالات (والأفكار الإيمائية تعنى أن الشخص يشعر أن الآخرون يتكلمون عنه ويختلف هذا عن الضلالات الإيمائية لأن الشخص فى هذه الحالة يجزم بذلك ولا يكتفى بالشك فى أن الآخرون يتحدثون عنه) .

٢ - المعتقدات الغريبة والتفكير السحرى الذى يؤثر على السلوك ولا يتوافق مع معايير الثقافة التى ينتمى إليها الشخص (مثل الإعتقاد بالخرافات ، والأيمان بمعرفة إن اشخاصا معينين يعلمون الغيب ، والإيمان بأماكانية التواصل عن بعد ، وإعتقاده بامتلاك ما يسمى بالحاسة السادسة) وإن الأشياء من الممكن أن تحدث بمجرد التفكير فيها) .

٣ - غرابة التفكير والكلام (كأن يتصف حديث الشخص بالغموض ، الاسترسال ، إستخدام الاستعاره ، التعقيد ، النمطية) .

٤ - كثرة الشك والتفكير البارانويدى .

٥ - عدم توافق الانفعال مع التفكير أو المواقف الحياتية .

٦ - إتصاف السلوك أو المظهر بالغرابة أو الشذوذ أو الخروج عن المألوف .

٧ - ليس لديه أصدقاء مقربون أو من يأتمنهم على أسراره .

٨ - خبرات حسيه غير مألوفة بما فى ذلك توهمات خاصة بشكل الجسم .

٩ - قلق إجتماعى مبالغ فيه يرتبط فى الغالب بمخاوف بارانويديه بدلا من الإنشغال بالأراء السلبية المتعلقة بالذات .

١٠- الشعور بوجود قوة خفية حوله بالرغم من عدم قدرته على رؤية أحد حوله .

١١- يحدث أن يرى وجهه أو وجه شخص آخر يتغير أمامه فى المرآة .

ملاحظات :

أ – لابد من توافر **أربعة** معايير (أو أكثر) من المعايير السابقة حت يمكن تشخيص الفرد وفقا لهذا النمط من الإضطرابات .

ب – يشترط لتشخيص هذا النمط إضطرابات الشخصية : عدم إقتصار ظهور أعراضها على فترات من الإصابة بمرض الفصام ، أو إضطراب وجدانى مصحوب بأعراض ذهانية أو إضطراب قصور النمو .

جـ– إن الصفات المميزة لهذا النمط من إضطرابات الشخصية تتصف بالآتى :

- القصور فى إقامة علاقات إجتماعية .
- قصور فى العلاقة بالآخر (قدر الإمكان) .
- الشعور بعدم الإرتياح تجاه أى علاقات تبدو وثيقة .
- تدنى فى القدرة على إقامة أى علاقة .
- وجود قدر كبير من النشوة المعرفى والإدراكى وغرابة السلوك (والتصرفات) .
- تبدأ الإصابة بهذا النمط من إضطرابات الشخصية فى مرحلة الرشد المبكرة .
- يمكن رصد العديد من الأعراض التى تميز هذا النمط من إضطرابات الشخصية فى مناسبات ومواقف متعددة .

(APA. , 2000)

ثانيا : الشخصيات التى تتصف بالتهويل والإنفعالية وعدم الإتساق

(drmatic, emotional, erratic)

وتنقسم هذه الطائفة من الشخصيات إلى الأنواع الآتية :

١ – إضطراب الشخصية المضادة أو المناهضة للمجتمع أو غير الإجتماعية

Antisocial personality Disorder

مدى إنتشارها : حيث تتصف وبائيات هذا الإضطراب بالآتى :

- يبلغ إنتشار هذا الإضطراب بين الذكور ٣ ٪
- يبلغ إنتشار هذا الإضطراب بين الإناث ١ ٪
- تزداد نسبة إضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع وإضطراب التبدين وإدمان الخمر فى أسر بعينها .

– تشير دراسات التبنى إلى وجود عامل وراثى يقود إلى حدوث هذا النمط من الإضطرابات .

– يزداد إنتشار هذا الإضطراب لدى الطبقات الإجتماعية ذات المستوى الإجتماعى والإقتصادى والثقافى المتدنى .

(Kaplan, H., sadock, B. , 1996)

التعريف :

هو إضطراب شخصية يتميز بعدم الإهتمام بالإلتزامات الإجتماعية ، وإفتقاد الشعور مع الآخرين ، وعنف غير مبرر أو لا مبالاة وإستهتار . كما أنه متبلد الشعور لايبالى بآلام الآخرين .. علماً بأن الكثير من الاعراض والسلوكيات المضادة للمجتمع تظهر منذ طفولة هذا الشخص .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

معايير تشخيص إضطرابات الشخصية المناهضة للمجتمع وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

١ – كثرة الهروب (التزويغ) من المدرسة .

٢ – القيام بالهروب من البيت وأمضى ليلة أو أكثر خارج منزل والديه أو من يقومان بتربيته .

٣ – كثيرا ما يبدأ بالشجار مع الآخرين .

٤ – إستخدام سلاح أو أكثر فى أكثر من مشاجرة واحدة .

٥ – أجبر شخصا على ممارسة الجنس معه .

٦ – القسوة فى إيذاء الحيوانات وتعمد ذلك .

٧ – القسوة وإيذاء الآخرين فى غير المشاجرات .

٨ – تعمد إشعال الحرائق .

٩ – كثرة الكذب (على أن لا يكون لتجنب العقاب البدنى أو الإعتداء الجنسى) .

١٠– السرقة لأشياء ما ويدخل فى هذا السياق إمكانية التزوير وتوقيع إمضاء شخص آخر مثلا) .

١١– عدم الشعور بالندم .

١٢– تبرير سلوكياته المضادة للمجتمع السابقة (مثل الكذب – الغش – السرقة – الإعتداء .. الخ) .

١٣- الإستهتار بسلامة النفس والغير (ولنا أن نتخيل أن مثل هذا الشخص مسؤل عن قيادة مركبة من مركبات المواصلات العامة) .

١٤- إتباع الخداع لتحقيق منافع شخصية (مثل إستعارة أسماء الغير ، الاحتيال والنصب على الآخرين .. الخ) .

١٥- التهور والإندفاعية .

١٦- عدم وجود أى تخطيط للمستقبل .

ملاحظات :

أ - لابد من توافر ثلاثة معايير (أو أكثر) حتى يمكن التشخيص وفقا لهذا النمط من الإضطرابات .

ب - الايقل سن الشخص عن (١٨) عاما ٠

جـ- توافر العديد من الدلائل التى تشير إلى إصابته بإضطراب السلوك وقبل بلوغه سن (١٥) عاما .

د - الا يقتصر ظهور السلوك المناهض للمجتمع على فترات الإصابة بالفصام أو بنوبة هوس .

هـ - إن الصفات المميزة لهذا النمط من إضطرابات الشخصية يتصف بالآتى:

- عجز عن الاستمرار فى العمل وبصورة مستقرة .
- بطالة لمدة (٦) أشهر (بالرغم من توافر العمل وإمكانية التحاقه به) .
- وإن التحق بالعمل فستجد إن السمه الأساسية الغياب المتكرر بالرغم من عدم وجود ما يستدعى غيابه .

(APA. , 2000)

سمات السيكوباتيين : وجدت العديد من الدراسات أن النمط المضاد للمجتمع يتسم بالصفات الآتية :

١ - تظهر نزعاتهم منذ سن مبكرة فى صورة أعمال مضادة للخلق أو فى صورة تكبر ظاهر وعناد وتحد لسلطة الكبار .

٢ - إنهم لا يستجيبون للعقاب أو التعلم أو العلاج ولذا فإنهم يقومون بهذه الأعمال المضادة بالحاح .

٣ - يرتكب السيكوباتيون أعمالهم دون خجل وفى بعض الأحيان علانية . بل يفاخرون بها ، وليس فى مقدورهم أن يحتفظوا بسرية أعمالهم .

٤ - لاينتفعون من التجربة السابقة . كما أنهم يعيشون فى ملذات الحاضر وتجرفهم أهواء اللحظة الراهنة . كما أنهم لا يعبأون بالنتائج التى يتعرضون لها .

٥ - يرتكبون جميع أنواع الجرائم، أى أنهم لا يتخصصون فى جريمة بعينها.

٦ - الجرائم السيكوباتية لا معنى لها . أى أنهم يكذبون من أجل الكذب فى حد ذاته وكذلك الامر فى السرقة والنصب والإحتيال (متعة الكذب من أجل الكذب وليس لأغراض أخرى) .

٧ - على الرغم من إستمرار سلوكهم المضاد للمجتمع إلا أنهم يبدون أمام الغرباء كقوم ظرفاء .

٨ - سوء السلوك عند السيكوباتيين له صفة الإدمان بعكس المجرمين الذين يظهر سلوكهم السيئ فى نوبات متقطعة لانهم ينتظرون خير فرصة لارتكاب جرائمهم دون إفتضاح .

(فرج طه ، ١٩٧٩ ، ٩٧ - ٩٨)

٢ - إضطراب الشخصية البينية :

Borderline persoality Disorder

مدى الإنتشار : تشير وبائيات هذا النمط من إضطرابات الشخصية إلى :

- بداية يتفق الأخصائيون الاكلينيكيون على أن تشخيص إضطراب الشخصية البينية وعلاجها من الأمور المثيرة للتحدى وصعوبة العلاج .

- إن الإقدام على علاج مثل هذا النمط من الإضطرابات لا يقدم عليه المعالجون وإذا أقدموا أقدموا فى رهبة ووجل .

- إن السبب فى الاحجام عن علاج مثل هذا النمط من الإضطرابات يتمثل فى أمرين :

أ - زيادة عدد المنتحرين من بين الذين يعانون من هذا النمط من الإضطرابات .

ب - إن المريض قد يقدم على الإنتحار دون وجود تاريخ سابق أو مؤشرات تشير إلى حدوث هذا الفعل .

(الينهان ، كيهرر ، ٢٠٠٢ ، ص ٩٥٥)

- يصيب هذا الإضطراب حوالى ٢ ٪ من إجمالى السكان .
- أكثر إنتشارا بين الإناث .
- ترتفع نسبة حدوث إضطراب الوجدان وتعاطى المخدرات بين افراد أسر المرضى .

– يزداد إنتشار إضطراب الشخصية البينية بين أمهات مرضى هذا الإضطراب .

(Kaplan, H., sadock, B., 1996)

تعريفه :

هونمط متغلغل من عدم الإستقرار الإنفعالى ، وعدم إستمرار العلاقات مع الآخرين ، وعدم ثبات صورته عن ذاته ، والذى يبدأ فى مرحلة الرشد المبكرة .

(spitser., et ap , 1990)

مع الأخذ فى الإعتبار أن هذا النمط من إضطرابات الشخصية تزايد به الإهتمام مؤخرا للعديد من العوامل :

– إن تعريف هذا النمط من الإضطراب يكتنفه العديد من الإختلاف والتعقيد .

– كثيرا ما يتم الخلط بينه وبين العصاب والذهان وإضطرابات الشخصية الأخرى ، والإضطرابات المعرفية .

– لذلك فأن مسح البحوث السابقة فى هذا المجال قد أكدت أن أكثر من ٤٠ ٪ من الدراسات والبحوث قد تم تخصيصها لدراسة إضطرابات الشخصية البينية .

(Wi digen ., T. Francen. A. , 1989 , P: 8)

تشخيص إضطرابات الشخصية البينية وفقا لمعايير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

١ – نمط من العلاقات الإجتماعية غير المستقرة والعميقة مع الآخرين تتصف بالتقلب بين التطرف فى الاعجاب والتطرف فى التحقير .

٢ – السلوك المندفع فى مجالين – على أقل تقدير – يتصفان بالإضرار بالذات مثل :

– التبذير إلى درجة السفه .
– المبالغة فى ممارسة الجنس .
– تعاطى المخدرات .
– إختلاس المعروضات .
– الاستهتار فى القيادة .
– نوبات من الإفراط فى تناول (أو التهام الطعام) .

٣ – عدم إسقرار الإنفعال . حيث نجد إنحرافات واضحة عن الحالة الإنفعالية

المعتادة بإتجاه الإكتئاب أو العصبية أو القلق الذى يستغرق فى العادة ساعات قليلة ولا يتجاوز بضعة أيام فى أحوال نادرة .

٤ – عدم القدرة على التحكم فى الغضب ، أو الغضب دون مبرر ، فيثور كثيرا على سبيل المثال ، أو يغضب بصورة مستمرة ، أو يتشابك بالأيدى مع غيره بصورة مستمرة .

٥ – التهديد بالإنتحار أو التظاهر بمحاولته أو القيام به أو السلوك الهادف إلى تشويه صورة الجسم .

٦ – إضطراب ملحوظ ومستمر فى إدراك الهوية والذى يتضح من عدم تأكد من أثنين على الأقل من (المواضع) الآتية :

- تصوره عن ذاته .
- إتجاهاته الجنسية .
- أهدافه البعيدة .
- إختياره للمهنة .
- نوع الأصدقاء الذين يريدهم .
- قيمه المفضلة والتى يؤمن بها .

٧ – تنتابه مشاعر من الخواء النفسى والملل المزمن (دون وجود سبب خارجى واضح) .

٨ – جهود محمومه تهدف إلى منع قيام شخص آخر بتركه فى الواقع أو الخيال (ولذا قد يقوم بالعديد من السلوكيات مثل الإستعطاف) والتى تهدف إلى محاولة إيقاف الطرف الآخر معه وإن لايفارقه .

٩ – ظهور أفكار إضطهادية بصورة عابرة عند التعرض للضغوط النفسية .

ملحوظات :

أ – لابد من توافر **خمسة** معايير (أو أكثر) من المعايير السابقة حتى يتم تشخيص الشخص وفقا لهذا النمط من الإضطراب .

ب – يتسم هذا النوع من الإضطرابات بالصفات الآتية :

- نمط متأصل من عدم إستقرار العلاقات مع الآخرين .
- تهور ملحوظ وإندفاعية هوجاء تجاه الآخر أو الذات .

- يظهر هذا الإضطراب فى سن الرشد المبكرة .
- يظهر هذا النمط من الإضطراب فى الكثير من المواقف والتفاعلات مع الآخرين .

(APA. , 2000)

٣ - إضطراب الشخصية الهستيرى :

Histronic personality Disorder

مدى الإنتشار : تتلخص وبائيات هذا الإضطراب فى الصفات الآتية :

- ينتشر بنسبة ٢ - ٣ بين السكان .
- أكثر إنتشار بين الإناث .
- يندر تشخيصه بين الذكور .
- يقدر أحمد عكاشة إن نسبة الانتشار تصل إلى حوالى ١٠ ٪ بين أفراد الشعب المصرى ، ويحتمل إرتفاع نسبة وجود هذا الإضطراب لدى النساء (دون الرجال) إلى حوالى ٣٠ ٪ .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

تعريف إضطراب الشخصية الهستيرى :

هو نمط سائد يتصف بالتهور ، والإنفعالية ، والنزوع إلى الاقتصار على العموميات دون التطرق إلى التفاصيل فى الحديث ولذا فإن الشخصية الهستيرية ليست مرضا ولكنها تقلب فى العاطفة وتغير سريع فى الوجدان لاتفه الأسباب ، إضافة إلى سرعة التأثر بالأحداث اليومية . والاخبار المثيرة بل يرسمون خططهم وفقا لهذه الحالة الإنفعالية ،كما أنها تتميز : بالأنانية ، رغبة فى الظهور ، استجلاب الإهتمام ، المحاولات المستمرة والدائمة للفت إنتباه الآخرين ، وحب الإستعراض والمبالغة فى : الكلام ، الملابس ، الزينة والتبرج ، إضافة إلى تأويل الكثير من الظواهر العادية إلى صفات تتصل بالجنس .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨)

تشخيص إضطرابات الشخصية الهستيرية وفقا لمعايير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

١ - السعى إلى المديح بصورة غير عادية .

٢ - يبدى من مظهره أو سلوكه الرغبة فى الإغراء الجنسى بصورة غير لائقة .

٣ - شديد الإهتمام بجاذبية مظهره ، ولذا يشعر بضيق شديد إذا لم يك موضوع تقدير وإهتمام الآخرين .

٤ – يظهر إنفعالاته بصورة مبالغ فيها (وربما غير لائقة) .

٥ – يشعر بعدم الإرتياح فى المواقف التى لا يكون فيها محط أنظار وإهتمام الآخرين .

٦ – الانانية ، حيث تهدف أفعاله الى الحصول على المتعة الفورية لأنه – بطبيعته – لا يتحمل التأجيل ، أو الاحباط الناتج عن تأجيل الحصول على المتعة .

٧ – تتصف طريقة كلامه بعدم الموضوعية أو الإنطباعية الشديدة ، قلة التفاصيل .

٨ – سهل التأثير بالإيحاء أو بأفكار الآخرين والمواقف الاستهوائية .

٩ – يعتبر علاقاته بالغير أكثر حميمة مما هى عليه بالفعل .

ملاحظات :

أ – لابد من توافر **خمسة** معايير (أو أكثر) من الأعراض السابق ذكرها حتى يمكن تشخيص هذا النمط من الإضطراب .

ب – يتسم هذا النوع من الإضطراب بالصفات الآتية :

- يبدأ عادة فى مرحلة مبكرة من سن الرشد .
- يتسم بفرط الانفعال .
- يهدف إلى لفت أنظار الآخرين .
- يظهر فى العديد من المواقف المختلفة ومن خلال تفاعلاته مع الآخرين . (APA. , 2000)

٤ – إضطراب الشخصية النرجسية :

narcissistic personality Disorder

مدى الإنتشار : تتصف وبائيات هذا الإضطراب بالآتى :

- هذا الإضطراب يصيب نسبة تقل من ١ ٪ من السكان .
- من الأمراض المزمنة ، صعبة العلاج .
- يؤدى هذا المرض إلى المضاعفات الآتية :
  - إضطراب الوجدان .
  - حالات ذهانية عابرة .
  - الإضطرابات جسدية الشكل .
  - إضطراب تعاطى المواد المخدرة .

– المآل لايدعوا إلى التفاؤل .

تعريف إضطراب الشخصية النرجسية :

نمط متغلغل من الشعور بالعظمة فى الخيال ، ويتضح من سلوكه عدم القدره على الشعور بمشاعر الغير ، حساسية مفرطة لاراء الآخرين فيه ، نمط يبدأ فى مرحلة الرشد المبكرة . إضافة إلى شعور بالخيلاء والانشغال المفرط فيما يتعلق بتقدير الذات .
(Kplan, Sadock. , 1996)

معايير تشخيص إضطراب الشخصية النرجسية وفقا لمعايير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

١ – تتصف ردود أفعاله للنقد بالشعور بالغيظ والخزى أو المهانة حتى لو لم يعبر عنها .

٢ – تضخم إحساس الشخص بأهميته حيث المبالغة فى وصف إنجازاته ومواهبه ، مع التوقع أن يعترف الآخرون بتفوقه دون قيامه بما يتفق مع ذلك .

٣ – إنشغاله بخيالات النجاح الذى لا يعرف حدودا ، والقوة ، الالمعيه والجمال ، والحب العذرى .

٤ – يطالب بالحصول على الإعجاب الشديد إلى درجة إستجداء المديح من الآخرين .

٥ – يشعر بأن له حقوق لايستحقها بالفعل (مثل : توقعاته غير المعقوله بأن يلقى معاملة خاصة ، أو أن تقابل توقعاته بالطاعة العمياء) .

٦ – يستغل علاقاته بالآخرين كأن يستفيد من علاقته بهم فى تحقيق مآربه الخاصة .

٧ – يفتقر إلى التعاطف ، وليس لديه إستعداد للإعتراف بمشاعر الغير وحاجاتهم أو التعرف بها .

٨ – كثيرا ما يحسد غيره أو يعتقد إن الآخرين يغارون منه .

٩ – يتصف سلوكه بالغطرسة والخيلاء .

ملاحظـــات :

أ – لابد من توافر **خمسة** معايير (أو أكثر) حتى يتم التشخيص وفقا لهذه الفئة (من الأعراض السابقة) .

ب – يتسم هذا النوع من الإضطراب بالصفات الآتية :

– نمط متأصل يتصف بالخيلاء (فى الخيال أو تظهر فى السلوك) .

– الحاجة إلى إستمرار إعجاب الآخرين به ومدحه .

- إنعدام التعاطف (الحقيقى النابع من الداخل) تجاه الآخرين .
- يبدأ هذا الإضطهاد فى سن الرشد المبكرة .
- يظهر فى العديد من المواقف الحياتية والمعاشة وتجاه تفاعلاته مع الآخرين.

(APA. , 2000)

ثالثا : شخصيات تتصف بالخوف والقلق :

١ - إضطراب الشخصية الوسواسية القهرية :

obsessive - compulsive personality Disorder

مدى الإنتشار : تتصف وبائيات هذا الإضطراب بالآتى :

- يصيب الذكور أكثر من الإناث .
- إحتمال وجود عامل وراثى .
- إرتفاع تطابق حدوثه فى التوءمين أحادى البويضة .
- أكثر حدوثا بين أكبر الإبناء (فى الغالب) .

(Kaplan. Sadock. , 1996)

وفى مصر يلخص الموقف أحمد عكاشة كالآتى :

- وجد أن بعض أولاد المرضى بالوسواس القهرى يعانون من نفس المرض ، هذا غير باقى أفراد العائلة الذين يعانون من الشخصية القهرية وقد وجدت فى دراسة حديثة أن التاريخ العائلى لمرضى الوسواس القهرى فى مصر يظهر فى (١٦) مريض من (٨٤) حالة أى حوالى ٣٠٪ .

تبين حديثا أن الشخصية القهرية لا تظهر إلا فى حوالى ٢٠ - ٢٥٪ من حالات الوسواس القهرى ، وأنه كثيرا ما يسبق الإضطرابات شخصيات أخري مثل : الشخصية الاعتمادية والبينية أو شبه الفصامية وكذلك أنماط مختلفة .

- أتضح أن مرض إضطرابات الشخصية فى مصر - فى دراسة حديثة - يأتون بين سن ٢٠ - ٤٠ عاما .

- يغلب على الشخصيات الوسواسية القهرية فى مصر طابع الطقوس الحركية وخصوصا تلك المتعلقة بالنظافة والتلوث وما يتبعها من مخاوف وإن ذاك له صلة بالناحية الدينية .

- وجد فى مصر - دراسة حديثة - إن ٨٪ من الحالات المصابة بالوسواس

القهرى قد تحولت فى غضون خمس سنوات من الوسواس القهرى إلى أعراض ذهان الفصام .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

تعريف إضطراب الشخصية الوسواسية القهرية :

إضطراب شخصية يتميز بعدم الإستقرار على رأى والشك والحذر الشديد مما يعكس عدم أمان شخصى عميق . إضافة إلى الحاجة إلى التأكيد المتكرر من الأشياء . وإنشغال مفرط بالتفاصيل لا يتناسب وأهمية المهمة ولدرجة تفقد معها الرؤية للموقف الاوسع ودقة مفرطة وضمير حى . وإنشغال غير ضرورى بالإنتاجية الشخصية لدرجة إستبعاد المتعة والعلاقات الشخصية . إضافة إلى تميزها بالنظام الشديد ، والدقة المتناهية فى الأمور والمطالبة بالمثل العليا وإحترام التقاليد مع ميلهم للصلابة فى الرأى وعدم المرونة فى معاملة الناس ويميلون للروتين . وإن أختلفت أحد معهم فى شيئ من ذلك أتهموه بالإهمال وإنعدام الضمير . وهم يحاسبون أنفسهم على أتفه الأشياء ولا يكادون يخلدون إلى الراحة يبدأون فى لوم أنفسهم . إضافة إلى الميل إلى التكرار والتأكد من كل عمل ، إضافة إلى أهتمام مبالغ فيها بمسألة نظافة المسكن والملبس ، إضافة إلى ميلهم إلى القراءة فى المسائل الطبية .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨) ، (أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢)

معايير تشخيص إضطراب الشخصية القهرية وفقا للدليل التشخيصى الإحصائى الرابع :

١ - الإنشغال بالتفصيلات والوائح والقوائم والتنظيم والجداول ، بحيث يغيب عن ذهن الشخص الهدف النهائى من النشاط المطلوب .

٢ - السعى وراء الكمال لدرجة تحول دون إكمال المهام أو العمل (عدم القدرة على إنهاء المهمة بسبب عدم إنطباق معاييره الصارمة عليها ، إضافة إلى إنفاق وقت أطول فى إتمام العمل رغبة منه فى الوصول به إلى درجة الكمال المطلق) .

٣ - يبالغ فى تكريس نفسه للعمل والإنتاج ، متغاضيا عن الأنشطة الترفيهية والصداقات (شرط الا يكون عدم ممارسته للأنشطة ناتج عن عسرة المالى) .

٤ - يقظة الضمير ، وفرط الإحتشام ، وعدم المرونة فيما يتعلق بالموضوعات التى ترتبط بالأخلاق والقيم (بشرط إلا يكون السلوك السابق مفروضا عليه من ديانته أو طبيعة الثقافة التى يعيش فى كنفها) .

٥ - العجز والتردد وعدم التخلص من الأشياء المستهلكة أو عديمة القيمة حتى

وأن لم يكن لها أى ذكريات عاطفية أو إنفعالية .

٦ - العزوف عن تفويض غيره فى القيام بإى عمل يخصه ، أو حتى مساعدته فى العمل ما لم يضع اللوائح والتفاصيل لتفويق الآخر بأداء جزء من العمل .

٧ - البخل فى الإنفاق على النفس والغير . بل يرى أن النقود (أشياء ثمينة وعظيمة) يجب تكدسها تحسبا لكوارث قد تحدث فى المستقبل .

٨ - يتصف سلوكه بالجمود والعناد والصلابة وعدم المرونة .

٩ - نادرا ما يظهر القدرة على التعبير الانفعالى وإظهار العواطف الرقيقة أو لا يظهرها على الإطلاق (ولذا قلما يحتضن أو يقبل اعزاء ونادرا ما يبدى الحب والود لهم) .

ملاحظـــات :

أ - لابد من توافر **أربعة** معايير (أو أكثر من المعايير السابقة حتى يمكن التشخيص .

ب - يتسم هذا النوع من الإضطراب بالآتى :

- الإنشغال المفرط بالنظام والكمال .
- القدرة على التحكم فى التفكير والعلاقات الإجتماعية .
- يتميز بالصلابة ، والعناد والإصرار على رأيه .
- يظهر هذا الإضطراب فى بداية سن الرشد المبكر .
- يظهر هذا الإضطراب (من خلال رصد إعراضه السابقة) فى الكثير من المواقف والتفاعلات الإجتماعية .

(APA. , 2000)

٢ - إضطراب الشخصية المتجنبة :

Avoidant personality Disorder

مدى الإنتشار :

- تبلغ نسبة إنتشارها بين السكان من ٠٥ ر٠ ٪ إلى ١ ٪ .
- من العوامل التى تمهد لهذا الإضطراب : إضطراب الطفولة والمراهقة المتجنب ، والامراض الجسيمة المؤدية إلى التشويه .

تعريفهـــا : نمط متغلغل من الشعور بعدم الإرتياح الإجتماعى ، تتسم بالخنوع

والإعتماد على غيرها ، والخوف من التقييم السلبى بواسطة الآخرين والخجل والذى يبدأ فى مرحلة الرشد المبكرة .

(spit2en. et al, 1990)

معايير تشخيص إضطراب الشخصية المتجنية وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

١ – تجنب الأنشطة المهنية والتى تتطلب التعامل مع الجمهور ، لخوفه من : النقد ، أو عدم الرضا عنه ، أو رفضه .

٢ – لا يقيم أى علاقة مع أى شخص إلا إذا أخذ الضمانات والتأكيدات من أن هذا الشخص سوف (يحبه) ولا ينتقده .

٣ – متحفظ تجاه العلاقات الوثيقة خشية تعرضه للسخرية أو إشعاره بالحزن .

٤ – منشغل دوما بأمكانية تعرضه للنقد أو الرفض فى المواقف الإجتماعية .

٥ – شعوره بالكف فى المواقف الإجتماعية الجديدة الاحساسة بعدم كفاءته (ولذا يخش النطق بكلام سخيف أو غير مناسب لدرجة إنه يتهرب من الإجابة على بعض الأسئلة) .

٦ – ينتابه إحساس دوما بأنه أحمق ، وأن مظهوه منفر وأنه دوما أقل وأدنى من الآخرين .

٧ – يحجم بشكل غير عادى عن الإقدام على المخاطرة الشخصية أو ممارسة أى نشاط جديد خشية أن يسبب له الحرج .

٨ – ليس لديه أصدقاء حميمين أو من يأتمنهم على أسراره .

٩ – يبالغ فى الصعوبات أو الأفكار أو المخاطر المحتملة والمتعلقة بقيامه بأشياء عادية ولكنها لا تدخل ضمن نطاقه المعتاد (مثال : يلغى فى أخر لحظة حضوره لحفلة لتوقعه الشعور بالإرهاق من المجهود الذى سيبذله للوصول إلى مكان الحفلة) .

ملاحظات :

أ – لابد من توافر **أربعة** معايير (أو أكثر) من المعايير السابقة حتى يمكن تشخيص الشخص وفقا لهذا النمط من الإضطراب .

ب – لعل أهم السمات الأساسية التى تسود أصحاب هذا النمط من الإضطراب :

– سيادة مشاعر بعدم الكفاءة .

- فرط الحساسية لأى نقد أو تقييم سلبى .
- يبدأ هذا الإضطراب فى سن الرشد المبكرة .
- يظهر هذا الإضطراب فى العديد من المواقف والتفاعلات الإجتماعية للشخص .

(APA. , 2000)

٣ - إضطراب الشخصية المعتمدة على غيرها :

Dependent personality Disorder

مدى إنتشارها :

- أكثر إنتشارا بين الإناث مقارنة بالذكور .
- إضطراب شخصية شائع (وإن كانت الدراسات لم تحدد النسبة بعد) .
- من العوامل المضيئة لهذا الإضطراب إمكانية إصابة الشخص بمرض عضوى مزمن أثناء مرحلة الطفولة ، أو معاناته من قلق الإنفصال عن الأم .

(Kaplan, H. , & sadock, 1996)

تعريف إضطراب الشخصية المعتمدة على غيرها :

إضطراب شخصية تتميز بأعتماد شامل على الآخرين أو السماح لهم بتولى مسؤلية جوانب هامة فى حياة الشخص ، وتسخير الإحتياجات الذاتية للآخرين الذين يعتمد عليهم الشخص أو رضوخ غير مبرر لرغباتهم إضافة إلى إحساسه بعدم الكفاءة ، أو إلى إنشغال بالخوف من الناس كى لا يهجوه والإحساس بعدم الراحة عندما يكون وحيدا ، والإحساس بالكارثة حين تنفصم علاقة حميمة مع آخر ، إضافة إلى إلقاء التبعية والمسؤلية علي الآخرين دوما . مع إفتقاد إلى الثقة فى النفس والإحساس بالعجز وعدم القدرة على إتخاذ القرارات .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

معيير تشخيص إضطراب الشخصية المعتمدة على غيرها وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

١ - يشعر بصعوبة فى إتخاذ قرارات الحياه اليومية دون اللجوء إلى نصح الآخرين وطمأنتهم بصورة مبالغ فيها .

٢ - يحتاج فى أحيان كثيرة أن يتولى غيره المسئولية بشأن جوانب رئيسية من حياته .

٣ – يجد مشقة فى التعبير من أختلافه فى الرأى مع الآخرين لخوفة من فقدان دعمهم أو رضاهم عنه .

٤ – يصعب عليه المبادرة بالقيام بأعمال جديدة أو الإضطلاع بالمهام مع تحمل المسئولية (ويستند الشخص إلى عدم ثقته فى صحة حكمه على الأمور ، فى قدراته وليس لإنعدام دافعيته أو نشاطه) .

٥ – يبذل جهدا كبيرا للحصول على رعاية الآخرين ومساندتهم إلى حد تطوعه للقيام بمهام (مزعجه) .

٦ – يشعر بعدم الإرتياح والعجز عندما يكون بمفرده لمخاوف مبالغ فيها من عدم تمكنه من رعاية نفسيه .

٧ – يبحث بالحاح عن علاقة جديدة كمصدر لرعايته ومساندته عند إنتهاء علاقة وثيقة تربطه بشخص آخر .

٨ – ينشغل بصورة غير واقعية بمخاوف تركه ليتولى رعاية نفسه بنفسه .

ملاحظـــات :

أ – لابد من توافر **أربعة** معايير (أو أكثر) حتى يتم التشخيص

ب– من أهم الصفات لهذا النمط من إضطرابات الشخصية وهو :

- فرط الحاحة إلى أن يرعاه الآخرون .
- الخضوع والإلتصاق بالغير .
- تنتابه مخاوف الإنفصال .
- يبدأ هذا الإضطراب فى سن الرشد المبكرة .
- يتبدى فى العديد من المواقف والتفاعلات الإجتماعية مع الآخرين .

الطائفة الرابعة : إضطرابات شخصية لم يسبق تصنيفه .

ملحـوظـة : هذه الإضطرابات الخاصة بهذه الفئة غير مدرجة فى الدليل الرابع حاليا أو تخضع للبحث أملا فى أن تضاف إليه فى الإصدار القادم ولذا تقدم محاولة للوقوف علي أهم أعراض وسمات هذه الإضطرابات الشخصية والذى لم يسبق تصنيفة

(APA. , 2000)

٥ – أضطرابات الشخصية السلبية العدوانية :

Passive Aggressive Personality Disorder

مدى إنتشارها :

– لا توجد نسب محددة توضح مدي الإصابة بهذا الإضطراب .

– إصابة الفرد بإضطراب التحدى والعناد فى الطفولة (كسمة) يمكن أن نأخذه كمؤشر لإصابة الفرد – فيما بعد – بإضطراب الشخصية السلبية العدوانية .

(Kaplain, H, & sadock, 1996)

تعريفها :

نمط متغلغل من المقاومة السلبية لما يطلب منه من أداء إجتماعى أو مهنى كاف ، حيث يكون الفرد متباطئا فى إيجازه للأعمال ، ويصبح كثير الجدل عندما يطلب منه فعل شئ لا يريده ، إضافة إلى (تعمد نسيانه) الأعمال والوعود التى عاهد نفسه مع الوفاء بها بحجة أنه قد نسى ذلك (Cpitsen. , et al , 1990)

معايير تشخيص إضطراب الشخصية السلبية العدوانية وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

١ – يتخذ المقاومة السلبية سلاحا له عند تنفيذ المهام الروتينية والإجتماعية والمهنية .

٢ – دائم الشكوى من أن الآخرين لا يقدرون حقيقة ما يقوم به من الأعمال إضافة إلى عدم تقديرهم له التقدير الذى يستحقه .

٣ – دائم الامتعاض وكثير التبرم (والقرف) .

٤ – دائم النقد والسخرية لرؤساءة ، ويسخر منهم دون مبرر .

٥ – دائم الحسد والسخط تجاه الشخص الأفضل منه حظا ومكانة .

٦ – دائم الشكوى من سوء الحظ الذى يلازمه .

٧ – يتقلب سلوكه ما بين التحدى العدوانى للآخرين أو إبداء الندم على ماالقترفه من سلوك .

٨ – يتبرم من الإقترحات المفيدة التى يتقدم بها الغير حول كيفية تحسين إنتاجه .

٩ – يعرقل جهود الآخرين بسبب عدم إنجازه لمهامه .

ملاحظـــات :

أ - لابد من توافر **أربعة** معايير (أو أكثر) حتى يتم التشخيص وفقا لهذا النمط من إضطرابات الشخصية .

ب - لعل أهم سمات هذا الإضطراب الآتى :

- نمط متأصل فى الشخصية يتصف بالمقاومة السلبية .
- تعطيل الأعمال وتعمد تأخرها .
- التبرم عند أى توجيه لتحسين العمل .
- هذا الإضطراب يبدأ فى سن الرشد المبكرة .
- يتبدى فى العديد من المواقف والتفاعلات التى تتم بين الشخص والآخرين.

(APA. , 2000)

٦ - إضطراب الشخصية المكتئبة :

Depressive Personality Disorder

مدى الإنتشار :

- إضطراب شائع . ولكن غالبا لا توجد بيانات يمكن الإعتماد عليها .
- الوضع فى مصر كالآتى :

* من ٥٠ - ٧٠ ٪ من محاولات الإنتحار الناجحة بين المجموع العام (للشعب المصرى) سببها هذا الإضطراب .

* يعانى أكثر من عشرة ملايين فرد فى عالمنا العربى من الإضطرابات المزاجية والإكتئابية .

* فى دراسة ميدانية وجد أن نسبة الأعراض الإكتئابية فى مصر وبين مجموعة ريفيه حوالى ٣٦ ٪ مقارنة مع مجموعة من الحضر حوالى ٣٢ ٪ . أما الإضطرابات الوجدانية (بمختلف صورها الأخرى) فقد تراوحت بين ٤ - ٧ ٪ .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨)

تعريف إضطرب الشخصية المكتئبة :

نمط من الشخصية يتميز صاحبه بالإحساس بالعجز واليأس معا ، كما أنهم يقدمون أنفسهم على أنهم أقل فعالية وكفاءة مما هم عليه فى حقيقة الأمر إضافة إلى غياب التقدير أو إعتبار الذات المبنى داخليا أو المبنى داخل البناء النفسى للفرد . مع

سمات : التشاؤم ، فقدان الشعور بالمتعة ، الالتزام المفرط بأداء الواجب ، والشك فى قيمة ما يفعل مع شعور مزمن بالتعاسة والشقاء . وإستجابة مفرطة بالإنهيار لأقل إحباط.

(أنطونى ستور ، ١٩٩١)

معايير تشخيص إضطراب الشخصية المكتئبة وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

١ – سيطرة مشاعر البؤس والكآبة وإنعدام المرح والسعادة والتعاسة كسمات أساسية تميز مزاج الشخص .

٢ – تنشغل الذات بمفاهيم ومعتقدات تدور حول عدم الكفاءة وتفاهة الشأن والدونية .

٣ – تتصف إتجاهات الشخص نحو نفسه بالنقد واللوم والتهوين من شأنه والحط من إعتبار الذات وقيمتها .

٤ – دائما ما تسيطر على أفكار الشخص التفكير التشاؤمى والقلق .

٥ – يتسم بالسلبية تجاه الآخرين مع نقد لاذع لهم .

٦ – يعد التشاؤم العنوان الرئيسى للشخص المصاب بهذا الإضطراب .

٧ – حساسية مفرطة للمواقف مع سرعة الشعور بالذنب والندم .

ملاحظات :

أ – لابد من توافر **خمسة** معايير (أو أكثر) حتى يتم التشخيص وفقا لهذا النمط من الإضطراب .

ب – يشترط التشخيص ، عدم إقتصار ظهور الأعراض السابقة على نوبات الإكتئاب الجسيم ، والا يفسرها وجود مرض عقلى آخر .

جـ – أهم سمات هذا النمط من الإضطراب :

– إكتئاب يسيطر على التفكير والمزاج والسلوك .

– يبدأ هذا الإضطراب فى سن الرشد المبكرة .

– يظهر فى العديد من المواقف والتفاعلات بين الشخص والآخرين .

(APA. ,2000)

٦ - إضطراب الشخصية الهازمه لذاتها :

Self defeating Personality Disorder

مدى إنتشارها :

- لا توجد بيانات دقيقة يمكن الاعتماد عليها لتحديد مدى إنتشارها هذا النمط من الاضطراب .

- كثير ما تعود إلى إعتداء أحد الوالدين عليه فى الطفولة .

تعريف إضطراب الشخصية الهازمة لذاتها : نمط متغلغل من السلوك الهازمة للذات ، حيث يتصف الشخص بتجنب أو إفساد الخبرات الممتعة ، ويسعي لأن يستدرج لمواقف أو علاقات تسبب له المعاناه ، ويمنع الآخرين من مساعدته إو وضع نفسه فى مواقف تسبب له القهر والمعاناه .

تشخيص الشخصية الهازمة للذات وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

١ - يختار الأشخاص والمواقف التى تسبب له الفشل وخيبة الأمل وسوء المعاملة حتى عند توافر فرص أفضل وبصورة واضحة .

٢ - يرفض محاولات الآخرين لمساعدته لأنه لا يريد مضايقتهم .

٣ - يستجيب للاحداث الشخصية الإيجابية (مثل : الإنجاز - النجاح - الحصول على أى شهادات تفوق) بالإكتئاب والشعور بالذنب أو بسلوك يسبب له الآلم مثل الحوادث .

٤ - يثير غضب الآخرين أو رفضهم له - نتيجة ذلك يشعر بالمهانة والهزيمة والإذلال .

٥ - يترك فرص الإستمتاع تمر دون أن ينتهزها ، أو يمتنع عن الإعتراف بالإستمتاع بالرغم من توفر المهارات الإجتماعية اللازمة لديه وقدرته على إستشعاره المتعة .

٦ - يفشل فى إنجاز المهام الأساسية بالنسبة لأهدافه الشخصية بالرغم من قدرته الواضحة على الإنجاز .

٧ - يشعر بالملل ممن يعاملونه معاملة طيبة بصورة منتظمة أو لا يهتم بهم مثال (لا يجذبه من الناحية الجنسية من يحبه أو يبدى إهتماما به من الجنس الآخر) .

٨ - يبالغ فى التضحية بنفسه دون أن يطلب منه ذلك، وبالرغم من عدم تشجيع المستفيدين من تلك التضحية .

ملاحظـات :

أ – لابد من توافر **خمسة** معايير (أو أكثر) حتى يكن تشخيص هذا النمط من الإضطراب .

ب – أهم سمات هذا الإضطراب :

– إن الشخص لا يشعر بالمتعة فى المواقف التى تتطلب ذلك .

– يستدعى الخبرات السيئة كرد فعل لهذه المواقف السعيدة .

– يضع نفسه فى المواقف التى تجلب له المهانة والتعاسة .

– يظهر هذا الإضطراب بداية مرحلة سن الرشد المبكرة .

– يتبدى فى العديد من المواقف والتفاعلات التى تقتضى وجود الفرد مع الآخرين .

(APA. ,2000)

أسباب إضطرابات الشخصية :

أولا : الإسباب الوراثية – البيولوجية :

– وجدت العديد من الدراسات إن العوامل البيولوجية تلعب دورا فى حدوث هذه الإضطرابات مثل : الوراثة ، الإصابات السابقة على الولادة ، التهاب المخ ، (إصابات الدماغ المختلفة) .

– ترتفع نسبة توافق حدوث الإضطراب فى التوءمين الأحادى البويضة .

– تتوافر العديد من الأدلة التى تشير إلى أضطراب وظائف من أجزاء بعينها فى المخ فى اضطرابات الشخصية وفيما يلى أمثلة عليها :

أ – الفص الجبهى : حيث كشفت العديد من الدراسات عن وجود إختلالات به خاصة عند ظهور سمة الإندفاع والتهور لدى الشخص ، وسوء الحكم على الأمور ، مع عجز فى الإرادة أو تعطلها .

ب – الفص الصدغى : حيث وجد إختلال فى هذه الوظيفة خاصة لدى الأشخاص الذين يتميزون بزيادة العدوان والجنس والتدين المرضى ، وإحتمال اللجوء إلى العنف كسمة أساسية فى سلوكهم .

جـ – الفص الجدرى : حيث كشفت الدراسات عن وجود إختلال فى هذا الجانب من المخ خاصة لدى الاشخاص الذين يتميزون بإنكار المرض ، والشعور

بالنشوة ، وفقدان الاستبصار بالكثير من قواعد قوانين الواقع المعاش .

ثانيا : العوامل النفسية – الإجتماعية :

١ – وجدت العديد من الدراسات إن هؤلاء الاشخاص قد تعرضو للعديد من المتاعب الشخصية والمشكلات الأسرية ، والإعتداء عليهم فى كثير من الأحيان سواء كان هذا الإعتداء بدنيا أم جنسيا على يد شخص غريب أو أحد الأقارب وما إلى ذلك .

٢ – إضافة إلى إدراك أكبر للرفض الوالدى وخاصة لدى الأفراد ذوى الشخصيات المناهضة للمجتمع . حيث يدرك الطفل من خلال هذه الخبرة بتعميم – هكذا يدرك – إن الآخرين يرفضون .. ومادام الأمر كذلك فلماذا الا يبادرهم بالإعتداء عليهم وترويع أمنهم قبل أن يبادرونه هم بذلك ؟

(VITOUSEK MANK, 1994)

٣ – وإن إضطرابات الشخصية تكون نتيجة منطقية لتفاعلات كافة الأحداث البيئية على الشخص لأن البيئة لاتؤثر على فراغ أو على تكوين منعدم ولكنها تتفاعل مع بعض المعطيات الأساسية التى يملكها الشخص .

(محمد شعلان ، ١٩٧٩)

علاج إضطرابات الشخصية :

يشير العديد من المعالجين إلى تعدد الصعوبات التى تواجه المعالج النفسى فى مجال علاج مثل هذه الإضطرابات . والتى تعود إلى الاسباب الآتية :

١ – عدم حضور المريض للعلاج إلا إذا تصادم مع المجتمع ، والمريض عادة لا يهدف إلى تغيير سلوكة ولكنه يحاول أن يتخلص من الصعوبة الطارئة .

٢ – إن أى محاولات ومن خلال العلاج – تهدف إلى تعديل هذه الأنماط المضطربه قد تقود إلى إختلال توازن الفرد النفسى . ولذا قد يزداد السلوك سوءا .

٣ – كما إن أسرة المريض قد تتوافق مع هذه السلوكيات وتقبلها على أساس أنها سمة لا يمكن تعديلها .

٤ – لجوء العديد من المضطربين شخصيا إلى الإنتحار بالرغم من إن العديد من الادلة كانت لا تؤكد ذلك .

أنظر على سبيل المثال(عمر شاهين ، يحيى الرخاوى ، ١٩٧٧)

(مارشا لينهان ، كوتستنتن كيهرر ، ٢٠٠٢)

أما عن العلاجات التى من الممكن أن تقدم – بالرغم من الملاحظات السابقة – فهى :

أولا : العلاج بالعقاقير : حيث من الممكن أن يستخدم العديد من العقاقير التى تعمل على تهدئة الأعراض مثال : فى حالة إضطرابات الشخصية البارانويدية من الممكن إستخدام مضادات الذهان بجرعات صغيرة مثل : أقراص الهالوبيريدول ، أو مضاد للقلق مثل الفاليوم وذلك للتعامل مع الفوران والقلق عند ظهورهما .. وكذلك إمكانية فعل نفس الشئ لدى مرضى إضطراب الشخصية شبه الفصامية .

(KAPLAN, H. & SADOCK, B, 1996)

ثانيا : العلاجات النفسية :

أ – **العلاج التدعيمى :** من الممكن إستخدام هذا النوع من العلاج بفاعلية مع العديد من مضطربى الشخصية . مثال : لإستخدام العلاج التدعيمى لدى شخص يعانى من إضطراب هستيرى :

– أهتم بالالفه والتجاوب طول الوقت ، لأن فقدان ذلك يعنى فقدان المريض .

– بالرغم من النصيحة السابقة لا تجعل حرصك على الإحتفاظ بالمريض يمنعك من المحافظة على أمانتك كمعالج .

– كن مستعدا لعمليات طرح شديده وعاصفة ولا سيما إذا كان المريض من الجنس المغاير لجنس المعالج .. الخ .

(بيتر نوفا ليس وآخرون ، ١٩٩٨)

ب – **العلاج المعرفى :** القائم على منحى أرون بيك والذى ينظر إلى أخطاء التفكير على إنها مسؤلة فى المقام الأول عن مشكلات سلوك الفرد أو تفاعلاته مع الآخرين وإن الشخصية البيئية – كمثال – يسود لديهم ثلاثة فروض .

أ – العالم خطير وحقود .

ب – أنا يلاقوه وعرضه للإنجراح .

جـ – أنا غير مقبول أساسا .

وعن طريق الفيئات المختلفة يمكن التعامل مع مثل هذه الإضطرابات .

(مارشا لينهان ، كوتستنتن كيهرر ، ٢٠٠٢)

المراجــع

١ - أحمد عبد الخالق (٢٠٠٢) **الوسواس القهرى ، التشخيص والعلاج** ، الكويت ، مجلس النشر العلمى.

٢ - أحمد عكاشة (١٩٩٨) ، **الطب النفسى المعاصر** ، القاهرة ، الانجلو المصرية.

٣ - أنطونى ستور (١٩٩١) . **فن العلاج النفسى** ، ترجمة لطفى فطيم ، القاهرة ، النهضة المصرية .

٤ - بيتر نوفاليس ، ستيفن روجسيفيسر ، روجر بيك (١٩٩٨) ، **العلاج النفسى التدعيمى** ، ترجمة لطفى فطيم ، عادل دمرداش ، القاهرة ، المجلس الأعلى للثقافة ، المشروع القومى للترجمة ، الكتاب رقم ٥٢ .

٥ - عمر شاهين ، يحيى الرخاوى (١٩٧٧) ، **مبادئ الأمراض النفسية** ، القاهرة ، مكتبة النصر الحديثة ، الطبعة الثالثة .

٦ - فرج طه ، شاكر قنديل ، حسين عبد القادر ، مصطفى كامل (١٩٩٣) ، **موسوعة علم النفس والتحليل النفسى** ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .

٧ - مارشا لبنهان ، كوتستنس كيهرر (٢٠٠٢) ، **إضطراب الشخصية البينية** ترجمة صفوت فرج فى كتاب : **مرجع اكلينيكى فى الإضطرابات النفسية دليل علاجى تفصيلى** ، تحرير ديفيد بارلو ، اشرف على الترجمة والمراجعة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية . ص ص ٩٥٣ - ١٠٥٤ .

٨ - محمد شعلان (١٩٧٩) . **الإضطرابات النفسية فى الأطفال** ، الجزء الثانى ، الجهاز المركزى للكتب الجامعية المدرسية والوسائل التعليمية .

9 - American psgchiatric Association (1994). **Diagnostic and statisticap Manual of Mental disorders**, Fourth Edition. **Washington,** DC.

10 - Aamerican Psychiatric Association (2000) . **DSM IV**

.Diagnostic and Staistical Manual of Mentaal Disorders , Washing ton , D. C. Psybhiatric.

11 - Derksen, J., (1995) **Personaaliry Disorders : Clinical & Social Derksen,** J. hon & Sons Ltd, England .

12- Ellison J. & Shader, R . (1994) . **the Pharmcologic Theatment of Personality disordrs : Adimenisonsl approacdr In : Richard .I** Shader (1994) : Manual of Psychiatric therapeutic, 2nd ed., lihe Brownap company Boston, imc

13- Spit2er, R. , Willia MS, J, Gibbon, M. , Firsth, (1990) **User's Guide Forthe Structured clinical interview For DSM - III - R, A Merican Psaychiatic Press,** Inc , Washington, PP : 174 - 1212.

14 - Kaplan. Sadock . (1996) . **pocket Homd book of clinicap psychiatry,** Laondon. , wiliams wilkins. secnd editon.

15- Vitousek, K, ap Mank, F (1994) . **Persnality Variabler and disordersin anorexia and bulimia nervosa,** Journal of Abnormal Psycology , Vol . 103 , no.1 PP. : 137 - 147.

16- Widgen T. ap Francen . A (1989) . **Epdemiology diagnosis and comorbidty of borderline Personality Disorderin A Tasman. , R.H. alen ap A. Francan** (Eds) . American Psychiatric Press. Review of psychiatry . Vol 8 , PP : 8 - 24 Washi ngton, DC. Americam Psychiatric Press

الفصل السادس

الإضطرابات الجسدية الشكل
Somato Form Disorder

محتويات الفصل

- أنواع الإضطرابات جسدية الشكل :

١ - أضطرابات التبدين : الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .

٢ - الإضطراب الجسدي الشكل اللاامتمايز : الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .

٣ - إضطراب التحول : الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .

٤ - إضطراب الالم : الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .

٥ - توهم المرض : الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .

٦ - إضطراب توهم تشوه الجسم : الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .

٧ - الإضطرابات المصطنعة : الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .

٨ - التمارض : الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .

- اسباب الإضطرابات الجسدية الشكل .
- علاج الإضطرابات الجسدية الشكل .
- مسار ومآل الإضطرابات الجسدية الشكل .

الإضطرابات الجسدية الشكل
SOMATO FORM DISORDERS

السمة الرئيسية هى الشكوى المتكررة من أعراض جسمية مثل طلبات مستمرة بإجراء الإستقصاءات الطبية ، وذلك بالرغم من النتائج السلبية المتكررة وطمأنه الأطباء بأن الأعراض ليس لها أساس بدنى .. ويوجد فى هذه الإضطرابات عادة درجة من السلوك الجاذب للإنتباه (الهستيرى) خاصة فى المرضى الذين يضايقهم فشلهم فى أقناع الأطباء بالطبيعة البدنية لمرضهم وبالحاجة إلى إجراء المزيد من الإستقصاءات أو الفحوصات

(أحمد عكاشة ١٩٩٨)

ولذا فإن أهم خصائص وسمات هذه الطائفة من الإضطرابات هى :

وجود شكاوى بدنية أو جسمية دون وجود أسباب عضوية ملموسة تفسر شكاوى الشخص إضافة إلى عدم توافر أية الية فسيولوجية توضح علامات الإضطراب ، ولذا فإن العوامل النفسية اللاشعورية الكامنة داخل الشخص قد تعد السبب الرئيسى وراء هذه الشكاوى والتى تأخذ شكلا عضويا فى حين إن أسبابها تكون نفسية .

أنواع الإضطرابات الجسدية الشكل :

تأخذ هذه الإضطرابات الأنواع والأنماط الآتية :

١ - **إضطراب التبدين :** Somatisation Disorder

مدى أنتشاره :

- تبلغ نسبة أنتشاره بين السكان (فى أى دولة) من ١ر٥٠٪ ٥ر٥٠٪ .
- وجدت الملاحظات الكلينيكية ونتائج العديد من الدراسات الوبائية التى أكدت إن هذا المرض يصيب الإناث أكثر من الذكور .
- وجدت - أيضا - الملاحظات والدراسات إن هذا الإضطراب ينتشر بين الفئات غير المتعلمة .
- كما أنه ينتشر لدى الطبقات الدينا (ذات الخصائص الإجتماعية والثقافية والإقتصادية المحدودة) .

- يبدأ عادة فى سن المراهقة وسن الرشد المبكرة .

تعريفـه :

هو إضطراب يتسم بظهور العديد من الشكاوى التى يعلنها الفرد من منطقة معينة فى جسده أو أكثر وإن هذه الشكوى لا تنتج من مرض عضوى معروف .

(Kaplan , H., & Sadock, B, 1996)

معايير تشخيص إضطراب التبدين وفق الدليل التشخيص والإحصائى الرابع :

أ - كثرة الشكاوى الجسمية فى تاريخ الحالة ، التى تبدأ قبل سن الثلاثين ، وتستمر لعدة سنوات ، وتدفع المريض إلى البحث عن العلاج أو تؤدى إلى عجز ملحوظ فى الوظائف الإجتماعية والمهنية أو فى مجالات أخرى مهمة من أداء الشخص لوظائفه .

ب - انطباق كل من المعايير التالية على الحالة ، مع ظهور أعراض منفردة خلال فترة ما من مسار الإضطرابات :

(١) أربعة أعراض سمتها الرئيسية الألم : تاريخ المعاناة من الألم فى أربع مناطق من الجسم أو من وظائفه ، مثل الدماغ ، البطن ، الظهر ، المفاصل ، الأطراف، الصدر ، الشرج ، أثناء الدورة الشهرية ، أثناء الجماع أو التبول .

(٢) عرضان لهما علاقة بالجهاز الهضمى : الشكوى من عرضين لهما علاقة بالجهاز الهضمى على أقل تقدير ، شريطة ألا يكون الألم من بينهما ، مثل الغثيان ، الإنتفاخ ، القىء فى غير أوقات الحمل ، الإسهال ، عدم تحمل عدة أنواع من الأطعمة .

(٣) عرض واحد يتعلق بالوظيفة الجنسية : تاريخ شكوى واحدة خاصة بالوظيفة الجنسية أو التناسلية على أقل تقدير ، لا تقتصر على الألم ، مثل عدم الاكتراث بالنشاط الجنسى ، إضطراب الإنتصاب أو القذف ، عدم إنتظام الدورة الشهرية ، كثرة النزف أثناء الدورة الشهرية ، استمرار القىء طوال فترة الحمل .

(٤) عرض واحد كاذب يتعلق بالجهاز العصبى المركزى : تاريخ وجود عرض واحد أو قصور فى وظيفة من وظائف الجهاز العصبى يوحى بإصابة الشخص بمرض عصبى عضوى ، مثل أعراض تحولية كاختلال تناسق الحركة أو التوازن ، أو شلل يقتصر على عضو واحد أو ضعف حركته ، أو احتباس البول ، أو الهلاوس ، أو صعوبة البلع أو الشعور بغصة فى الحلق ، أو احتباس الصوت ، أو فقدان حاسة اللمس أو

الإحساس بالألم ، إزدواج الرؤيا أو العمى ، أو الصمم ، أو التشنجات ؛ أو أعراض انفصالية مثل فقدان الذاكرة أو الوعى الذى لا يؤدى إلى الإغماء .

جـ) توافر المعيار (١) أو (٢) :

(١) يتعذر إرجاع كل عرض من أعراض المعيار «باء» بصورة كاملة إلى مرض عضوى معروف أو إلى الآثار المباشرة لتعاطى مادة أو دواء ، وذلك بعد إجراء الفحوص المناسبة .

(٢) فى حالة توافر مرض عضوى له علاقة بالأعراض ، تفوق شكاوى المريض وتدنى وظائفة الإجتماعية والمهنية ما يتوقعه الطبيب بهد دراسة تاريخ الحالة وتوقيع الكشف الطبى ونتائج الفحوص الطبية .

د) يشترط لتشخيص هذا المرض عدم تعمد اصطناع الأعراض أو استحداثها (كما يحدث فى الإضطرابات المصطنعة والتمارض) .

(APA. , 2000)

٢ – الإضطراب الجسدى الشكل اللامتمايز

Undifferentiated Somato Form

مدي الإنتشار :

- لا توجد إحصاءات دقيقة تشير إلى حجم هذا الإضطراب .
- لعل سبب ذلك هو تداخل هذا الإضطراب مع العديد من الإضطرابات النفسية الأخرى .
- من المرجح أن تكون نسبة إصابة الإناث بهذا الإضطراب أكثر من الذكور نظرا للعديد من عوامل الثقافة والتنشئة الإجتماعية .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ٢٠٢ – ٢٠٣)

تعريفه :

وهو عبارة عن فئة متخلفة أو متبقية من الإضطراب الجسدى تستخدم فى وصف جزئية الإضطراب بشكله الكامل ، حيث يشكو المريض من عدة أعراض جسدية لا تستدعى إدراجه فى فئة الإضطراب الجسدى الشكل ، لان شكوى الإعراض لا ترقى إلى مستوى الإضطراب الجسدى الكامل الصورة ، أو لغموض الأعراض. وإن الشكوى من الإرهاق المزمن هى الشكوى الأكثر توافرا لدى هؤلاء المرضى .

معيير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع لتشخيص الإضطراب الجسدى الشكل :

أ - شكوى جسمية واحدة أو أكثر (مثل ، سرعة التعب ، أو فقدان الشهية ، أو شكاوى خاصة بالجهاز الهضمى أو البولى)

ب - توافر المعيار (١) أو (٢) :

(١) لا يمكن تفسير الأعراض بصورة كاملة بوجود مرض عضوى معروف أو بأنها نتيجة مباشرة لتعاطى مخدر أو دواء ، وذلك بعد إجراء الفحوص المناسبة .

(٢) فى حالة وجود مرض عضوى له علاقة بالحالة ، تفوق الأعراض أو تدنى الوظائف الإجتماعية والمهنية الناتج ، ما يتوقعه الطبيب بالنسبة للمرض العضوى المذكور كما يتضح من تاريخ الحالة ، والكشف الطبى ، ونتائج الفحوص المختبرية .

جـ) تتسبب الأعراض فى معاناة المريض بصورة ملحوظة أو تؤدى إلى تدنى وظائفه الإجتماعية والمهنية أو وظائف مجالات أخرى مهمة .

د) ألا تقل مدة الأعراض عن ستة أشهر .

هـ) ألا يفسر مرض نفسى آخر أعراض المريض على نحو أفضل (مثل : إضطراب آخر جسدى الشكل ، أو إضطراب جنسى ، أو إضطراب قلق ، إضطراب ذهانى) .

و) ألا تكون الأعراض متعددة أو مصطنعة (مثلما يحدث فى حالة الإضطراب المصطنع والتمارض) .

(APA. , 2000)

٣ - إضطراب التحول : Conversion Disorder

مدى الإنتشار :

- تتراوح نسب المضطربين بهذا النوع من الإضطراب ما بين ٥ ٪ إلى ١٥ ٪ من إجمالى المترددين على عيادات الطب النفسى الخارجية .

- فى حين إن بعض الإحصائيات تقدر المصابين بهذا الإضطراب ب ١٠ ٪ من مرضى الأقسام الداخلية بالمستشفيات .

- تبلغ إصابة الإناث بهذا الإضطراب ضعف إصابة الذكور .

- يظهر عادة فى سن الرشد المبكرة (فى الغالب) .

ز - عدم توافق الإعراض مع ثقافة المريض ، أو وجود أصول عضوية كما يتضح من الكشف الطبى والفحوص الطبية .

(APA. , 2000)

٤ - إضطراب الآلم: Pain Disorder

مدى الإنتشار : يشكل إضطراب الآلم مشكلة إقتصادية كبرى ، مثلما يشكل مشكلة طبية ، - كمثال فى المملكة المتحدة - إذ تسبب الآلم أسفل الظهر بمفردها ضياع عدة ملايين من أيام العمل كل عام ، بالإضافة إلى تكلفة العديد من التدخلات الطبية والجراحية وتكلفة العقاقير والمشكلات الإقتصادية والأسرية المصاحبة والتى تعزى إلى التكاليف غير المنظورة وللآلم المزمن .

(شيرلى بيرس وآخر ، ٢٠٠٠)

- ويظهر إضطراب الآلم فى أى سن ولاسيما فى العقد الثالث والرابع .
- أكثر إنتشارا بين الإناث .
- تتوافر بعض الأدلة على إرتفاع نسبة حدوث الألم والإكتئاب وإدمانالخمر فى اقرباء الدرجة الأولى .

(Kaplan, H & sadock , B, 1996)

معايير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع لتشخيص إضطراب الآلم :

أ - يجسد بالألم فى مكان واحد أو أكثر من الجسم المرض الإكلينيكى الرئيسى ، على أن تستدعى شدته تدخل الطبيب .

ب - يؤدى الألم معاناة ملحوظة أو يعوق الوظائف الإجتماعية والمهنية أو وظائف أخرى مهمة .

جـ - تلعب العوامل النفسية دوراً مهماً فى ظهور الألم وشدته وتفاقمه واستمراره .

د - يشترط ألا يكون العرض أو القصور متعمدا أو مصطنعاً ، كما يحدث فى الإضطرابات المصطنعة والتمارض .

هـ - يشترط ألا يكون الألم نتيجة لمرض نفسى آخر ، مثل إضطراب الوجدان أو القلق ، وألا تنطبق عليه معايير تشخيص ألم الجماع .

خصص الفئة :

إضطراب ألم مصحوب بعوامل نفسية : تلعب العوامل النفسية دوراً رئيسياً فى ظهور الألم وشدته وتفاقمه واستمراره . (فى حالة وجود مرض عضوى ، يشترط

– لكن بالرغم من ذلك – فقد يظهر هذا الإضطراب فى منتصف العمر أو فى الشيخوخة .

(Kaplan, D. , Sdock, B, 1996)

تعريفه :

يعرف التحول – فى موسوعة علم النفس التحليل النفسى – بأنه : عملية يلجأ فيها إلانا إلى حل الصراع النفسى الذى ينشأ فى الشخصية عن طريق تحويله إلى حل يبدو فى عرض جسمى . وكأن الشخص هنا بدلا من أن يعبر عن صراعاته تعبيرا نفسيا خالصا يحوله إلى تعبير جسمى . وتتم هذه العملية على مستوى لا شعورى .. مثل حدوث شلل هستيرى للذراع مثلا : إذ فى هذه الحالة لا توجد بالذراع ولا بمراكزه بالمخ ولا بوصلاته العصبية أية إصابة تشريحية عضوية يمكن ملاحظتها أو تشخيصها طبيا ومع هذا يكون الذراع مشلولا .. ولذا يفشل – فى مثل هذه الحالة العلاج الجسمى وينجح العلاج النفسى والذى يتعامل مع الصراعات التى أدت إلى هذا العرض التبدينى .

(فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣)

وقد نجد إضطراب التحول هذا فى عرض واحد أو أكثر من عرض ويكون له صلة بالجهاز العصبى المركزى . وأن هذه الاعراض ليست نتيجة إضطراب عضوى أو عصبى أو تعاطى مادة مخدرة .

التشخيص ، العلامات والأعراض :

أ – إضطرابات حركية مثل : الشلل والتخلج ataxia (عدم القدرة على تنسيق الحركات العضلية الإرادية كالوقوف وغيره) ، وصعوبة البلع والقيئ وإحتباس الصوت .

ب – إضطرابات الوعى مثل : النوبات التشنجية الكاذبة وفقدان الوعى .

جـ – إضطراب الإحساس : مثل العمى ، الصمم ، فقدان الشم ، نقص الحس، فقدان الاحساس بالآلم ، نقص الحسى الطرفى فى موضع القفاز والجوارب .

د – علاقة زمنية وثيقة بين ظهور الأعراض والتعرض لضغط نفسى أو إنفعالات شديدة .

هـ – ظهور الأعراض فى نصف الجسم **الأيسر** أكثر من نصفة **الأيمن** .

و – عدم تعمد الشخص استحداث الإعراض .

لتشخيص الإضطراب ألا يلعب ذلك المرض دوراً رئيسياً فى ظهور الألم أو شدته أو تفاقمه أو استمراره) . لا يشخص هذا النوع من إضطراب الألم إذا كانت معاييره تنطبق أيضاً على إضطراب التبدين .خصص ما إذا كان :

حاداً : تقل مدته عن ستة أشهر .

مزمناً : مدته ستة أشهر أو أكثر .

إضطراب الألم المصحوب بعوامل نفسية ومرض عضوية : العوامل النفسية ومرض عضوى دوراً مهماً فى ظهور الألم وشته وتفاقمه وستمراره ، يدون المرض العضوى أو مكان الألم على المحور الثالث .

حدد ما إذا كان :

حاداً : مدته تقل عن ستة أشهر .

مزمناً : مدته ستة أشهر أو أكثر .

(APA. , 2000)

٥ - توهم المرض : Hypochondri asis

مدى الإنتشار :

- يصيب ١٠ ٪ من إجمالى المصابين بأمراض باطنية .
- تتساوى نسبة حدوثه بين الذكور والإناث .
- يصيب جميع الأعمار ويزداد إنتشاره فى العقد الثالث فى الذكور والعقد الرابع فى الإناث .
- يصيب أقرباء الدرجة الأولى للمريض وشقيقه التوءم .

(Kaplan, H., & sadock, B, 1996)

تعريفـــه :

هو عبارة من إضطراب السمة الأساسية فيه : إنشغال دائم بأحتمال الإصابة بواحد أو أكثر من الإضطرابات البدنية الخطره والمتفاقمة يعبر عنه بشكاوى جسدية مستمرة ، كما يركز الإنتباه عادة على واحدة أو أثنين من الأعضاء أو الأجهزة بالجسم . وقد يذكر المريض اسم الإضطراب الجسمى الذى يخشاه ومع ذلك فإن درجة إقتناعه بوجود المريض والتركيز على إضطراب بعينه دون إضطراب آخر تتباين عادة ما بين الإستشارات الطبية .

وغالبا ما يكون الإكتئاب والقلق الشديدين موجودين .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

التشخيص :

أ - يصيب أى عضو أو جهاز فى الجسم .

ب - يصيب - فى الغالب - الجهاز الدورى أو الهضمى أكثر من غيرهما من أجهزة الجسم الأخرى.

جـ - يعتقد المريض أنه مصاب بمرض عضوى بالفعل .

د - يطمئن المريض لفترة قصيرة عندما يتضح عدم وجود مرض فى الكشف الطبى والفحوص . ثم تعاوده الاعراض .

هـ - تفشل طمأنة المريض المصاب بضلالات جسدية .

و - تبلغ مدة المرض ستة أشهر على أقل تقدير .

ز - لا يرقى فى اعتقاد المريض فى إصابته بالمرض إلى مستوى الضلالة .
(APA. , 2000)

٦ - إضطراب توهم تشوه الجسم : Body Dysmorphic Disorder

مدى الإنتشار :

- يبدأ ظهور المرض بداية من سن المراهقة حتى سن الرشد المبكرة .
- يصيب الذكور والإناث بنفس النسبة .

تعريفه :

هو إضطراب يتوهم من خلاله الشخص وجود عيب فى شكل جزء من الجسم ، وقد يمتد هذا التوهم ليشمل أجزاء مختلفة من الجسم إلا أنه لا يرقى إلى مستوى الضلالة .

(Kaplan, D., & Sadock , B, 1996)

التشخيص :

- يشكو المريض من عيوب فى جسمه مثل وجود التجاعيد وكثرتها أو سقوط الشعر أو صغر أو كبر حجم بعض الأعضاء التناسلية .

- أو قد تمتد الشكوى لتشمل الشكوى من وجود عيوب فى أجزاء أخرى من الجسم ظاهرة (مثل الأنف) أو مستترة (مثل وجود بقع شيخوخة على الجلد) .
- وعند وجود تشوه جسمى طفيف ينشغل المريض به على نحو مفرط ومبالغ فيه .
- لا يصل مستوى إنشغاله إلى مستوى الضلالة (كما يحدث فى إضطراب الضلالة الجسدى النوع) .

(APA. , 2000)

٧ – الإضطرابات المصطنعة : Factitious Disordenr

مدى الإنتشار :

- نسب الإصابة بهذا الإضطراب غير معروفة بشكل محدد .
- يصيب الذكور أكثر من الإناث .
- تبلغ نسبة مرض إصطناع المرضى الذين يدخلون المستشفيات من ١٠ ٪ إلى ١٥ ٪ حيث يعانى معظمهم من إرتفاع مصطنع فى درجة الحرارة (كمثال شائع لذلك) .
- ينتشر هذا الإضطراب بشكل خاص لدى الأشخاص العاملين فى المجال الطبى (أطباء – ممرضين – ممرضات .. الخ) .

(Kaplan. & Sadock. , 1996)

تعريفـه :

هو عبارة عن إضطرابات يتوهم الشخص من خلال أعراضا يستحدثها عمدا وبصورة شعورية قد أصابت الجسم ، وقد يستحدث الشخص العديد من الأعراض النفسية مثل الهلاوس أو عضوية مثل الشعور بالآلم فى جزء أو أكثر من أجزاء الجسم .

التشخيص والعلامات والأعراض :

تنقسم هذه الإضطرابات إلى الفئات التالية :

أ – إضطرابات مصطنعة ذات أعراض وعلامات جسدية سائدة : وتشمل :

- تعمد استحداث الاعراض الجسمية كالغثيان والقئ والالم والتشنجات .
- قد يتعمد المريض إضافة الدم إلى برازهم أو بولهم .
- قد يتعمد المرضى رفع درجة حرارة أجسامهم بطرائق مصطنعة .

– أو حقن أنفسهم بالأنسولين لخفض نسبة مستوى السكر فى الجسم .

– ومن علاماته : البطن المُخطط (للندبات التى تتركها العمليات الجراحية الكثيرة التى يعرض المريض نفسه لها) .

ب – إضطرابات مصطنعة ذات أعراض وعلامات نفسية سائدة :

– تعمد إصطناع الأعراض الطبية النفسية مثل : الهلاوس والضلالات والإكتئاب وشذوذ السلوك .

– لجوء المريض إلى الكذب وتقديم روايات يصعب تصديقها فى أسباب إصابته إلا أنه يعتقد فى صحتها .

– ينتشر إدمان المواد المخدرة بين مرض إضطرابات النوعين السابقين (أ – ب) .

جـ – إضطرابات مصطنعة لم يسبق تخصيصها :

– تشمل الإضطرابات التى لا تنطبق عليها معايير الإضطرابات المصطنعة مثل إصطناع المرض بالإنابة (تعمد شخص آخر يرى المريض إصطناع الأعراض لإكتساب الدور المرضى بصورة غير مباشرة) .

(APA. , 2000)

٨ – التمارض : Malingering

مدى الإنتشــار :

– غير معروف بصورة محددة أو تقريبية نسب الإصابة به .

– أكثر إنتشارا فى الأماكن التى يكثر فيها الذكور مثل : الثكنات العسكرية ، السجون ، المصانع ، وغيرها من المؤسسات .

– قد يظهر هذا الإضطراب أيضا لدى الإناث .

تعريفــه :

هو لجوء الفرد إلى الاستحداث الإرادى لأحداث أعراض جسدية أو نفسية ولتحقيق هدف معين مثل : الحصول على إجازة من الثكنة العسكرية ، أو التهرب من حكم بالحبس ، أو التهرب من عقاب ، أو الحصول على مبلغ من شركة تأمين .

(ولعل أكثر صور أحداث هذا الإضطراب بين كثير من عساكر القوات المسلحة هو تناول الشخص شطة / مواد حريفة) يعقبها تناول حلوى مما يؤدى ذلك إلى

إرتفاع فى درجة حرارة الشخص وبالتالى يطلب (كارنية) عيادة .. وتتخذ باقى الإجراءات حتى يبتعد عن الخدمات والأعمال المكلف بها داخل المعسكر) .

(Kaplan. & Saock. , 1996)

التشخيص والعلامات والأعراض :

- يبدء الشخص فى العادة شكاوى مبهمة وغير محددة ويعرضها بالتفصيل .
- يغضب المريض عند إبداء الطبيب تشككه فى صدق أعراضه .
- يتضح من التاريخ النفسى والإجتماعى وجود حاجة لدى الشخص المعنى لتجنب أحد المواقف الضاغطة أو الحصول على المال ، أو الهروب من مشاكل قانونية .
- ابحث عن هدف محدد لدى المريض يستفيد من خلال (المكسب الثانوى للمرض) .

(APA. , 2000)

أسباب الإضطرابات جسدية الشكل :

تنتمى فئة الإضطرابات الجسدية الشكل إلى الإضطرابات العصابيه والمرتبطة بالكرب (المشقة) .

* من أسباب الإصابة بهذا الإضطراب .

أولا : العوامل التكوينية الوراثيــة :

- وجدت العديد من الدراسات أن العامل الوراثى له أثره فى نشأة العديد من الإضطرابات .
- قامت عدة دراسات على التوائم المتشابهة ووجد أنه إذا أصيب احد التوائم بالعصاب (مثلا) فعادة ما يصاب الآخر بنفس المرض .
- دلت دراسات العائلات على أن إستجابات أفراد العائلة الواحدة تتشابه فى نوعية المرض وإذا أصيب أحد أفراد العائلة بالإستجابة لإضطراب معين تجاوبت معه باقى أفراد الأسرة بالإستجابة لهذا العرض .
- ولذا نلجأ فى علاج بعض هذه الإضطرابات إلى استخدام الأدوية النفسية خاصة أثناء فترات إصابة المريض بالقلق أو الإكتئاب الحاد (وفقط) خشية من أن العلاج بالدواء فى مختلف الفترات قد يقود المريض لتعاطى الدواء سواء أكان الشخص فى حاجة إلى الدواء أم لا .

– وجود خلل فى قشرة المخ . فعلى سبيل المثال وجد أن أسباب إضطرابات التحول البيولوجية تتلخص فى :

– يعتمد ظهور الأعراض على تنشيط أليات مثبطة فى المخ .

– يصب الإضطراب فرط إثارة قشرة المخ التى تنشط بدورها آليات الجهاز العصبى المركزى المثبطة فى المشبك (فجوة تفصل الخلايا العصبية عن بعضها) وساق المخ ، والمنظومة الشبكية التنشيطية .

– يرتفع إحتمال حدوث الإضطرابات فيمن يعانون من إصابات الفحص الجبهى أو أوجه قصور أخرى فى الجهاز العصبى المركزى .

ثانيا : أسباب نفسية – إجتماعية :

تتعدد المنطلقات النفسية ما بين نظرية التحليل النفسى والنظرية السلوكية (بمنطلقاتها المختلفة) .

ولذا نجد العديد من التفسيرات التى قدمت للإضطرابات جسدية الشكل .

– مثلا : الشخص الذى يعانى من إضطراب التدين وجد أن الأسباب النفسية تتلخص فى :

– إن هذا الشخص يميل إلى كبت العدوان .

– إن هذا العدوان المفترض أن يوجه إلى الآخر قد تم تحويلة إلى الذات .

– إنه يتمتع بضمير أو انا اعلى Super ege جد حساس مما يؤدى إلى أرتداد العدوان إلى الذات وعقابها (ليس لمجرد عقاب الآخر بل التفكير فى ذلك) .

– إنتشار وشيوع مشاعر الدونيه والإنحطاط من قيمة الذات .

– توحد غير سوى بأحد الوالدين .

فى حين إن التفسير النفسى الذى قدم لأضطراب **التحول** فهو :

– يعد الإضطراب تعبيرا عن صراع نفسى لا شعورى مكبوت .

– تتصف شخصية المريض قبل إصابته بالإضطراب بسمات إضطراب الشخصية المتجنية ، وأخرى هستيرية .

– التوحد مع فرد من الأسرة يشكو من الأعراض نفسها بسبب مرض فعلى .

– وجود دوافع جنسية وعدوانية لا شعورية ترفضها الانا وتتكرر فى صورة أعراض مرضية .

– فى حين إن الجانب النفسى الذى يفسر إضطراب توهم المرضى كالآتى :

– إن الشخص لدية إستعدادا خلقيا لفرط الحساسية لوظائف الجسم والإحساسات الصادرة منه ، وإنخفاض عتبة الإحساس بالالم أو المعاناة الجسمية .

– إرتداد النزعات العدوانية إلى الذات بدلا من الآخر ومن خلال جزء معين من الجسم .

– لابد من التركيز حول إحتمالية أن يكون للعضو الجسمى المصاب معنى رمزيا (أو وفقا لمفهوم التحليل النفسى لأبد من البحث عن عامل الحتمية – ليس العشوائية – المقصودة فى إصابة هذا العضو من الجسم دون غيره بهذا الإضطرابات ، وأن الإصابة تكون محتومة المعنى والدلالة ولابد من البحث عنها) .

ونستنتج مما سبق الآتى :

١ – لابد من أخذ تاريخ الشخص فى الإعتبار .

٢ – لابد من فهم الدلالة أو الدلائل النفسية – لأسباب إصابة الشخص وتحديدا فى عضو من جسده دون الآخر .

٣ – أخذ طريقة التربية فى الإعتبار لأن هناك العديد من طرق التنشئة والتى تعمل على (كبت العدوان أوكف) الرغبات الجنسية التى بدورها تضطر لتحويل مسارها من (والاخر) ، إلى (الذات) .

٤ – التركيز على الهدف أو المكسب الثانوى من وراء العرض فعلى سبيل المثال وجد أن إضطراب الآلم – مثلا ـ له علاقة بالأخر حيث يستخدم الفرد الالم كوسيلة للسيطرة على علاقة بأخر والإستفادة منها مثل إستقرار علاقة زوجيه هشه .

٥ – التعرف على نمط الشخصية (إضطرابات أنماط الشخصية) إذا على سبيل المثال وجد أن الشخصية الا تميل التى تميل إلى التمارض يميل أصحابها إلى نمط الشخصية المناهضة للمجتمع .

٦ – التركيز على ميكانيزمات الدفاع التى يلجأ إليها الفرد ، إذ على سبيل المثال يستخدم مريض إضطراب توهم تشوه الجسم لآساليب الدفاعية الآتية :

– الكبت (الصراعات لا شعورية) .

– تشويه أو ترميز جزء من الجسم .

– الاسقاط (الأعتقاد بأن الآخرين يرون أيضا التشوه المتخيل) .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

(شيرلى بيبرس ، جوس مايز ، ٢٠٠٠ ، ٧٣٧ – ٧٥٦)

علاج الضطرابات جسدية الشكل :

تستخدم العلاجات الآتية :

أولا : العلاجات الدوائية : وقد ذكرنا ضرورة عدم الإفراط فى تصديق (توهم) المريض ، أو إطاعته فى كتابة أدوية مخدرة) نظراً الأمكانية إدمان الشخص لهذه الادوية .

مثال : **إضطراب مرضى تشوه الجسم :** يتم إعطائهم العقاقير الآتية :

- تخفف مثبطات إستعادة السيروتونين الانتقائية مثل :

البروزاك ، والكلوميبرا مين (الانافرانيل) الأعراض فى ٥٠٪ من المرضى على أقل تقدير .

مثال آخر : **مريض توهم المرض :** يتم إعطائهم العقاقير الآتية :

- تستخدم مضادات القلق أو الإكتئاب فى علاج القلق أو الإكتئاب عند ظهورهما .

- تفيد المركبات مع استعادة السيروتونين الإنتقائية ،الإكتئاب ، والأعراض الوسوسية .

(Kaplan. Sadock. , 1996)

ثانيا : العلاجات النفسية :

تتعدد صور وأشكال العلاجات النفسية ما بين علاج نفسى متعمد (من خلال البحث عن الأسباب الدقيقة فى طفولة الفرد) أو السطحى (من خلال التركيز على شفاء الأعراض وحل المشاكل الحالية) .

ومن هذه المدارس :

أ - التحليل النفسى : حيث ترتكز على :

- طفولة الشخص .
- الصدامات التى تعرض لها .
- أساليبه ومكانيزماته الدفاعية .
- المكاسب الأساسية والثانوية للأصابة بهذا المرض .
- طرق حله للصرعات اللاشعورية .

- طرق التعبير عن عدوانية وغرائز الجنسية .
- المعنى الرمزى للأعراض .
- الصرعات اللاشعورية المرتبطة بالإضطراب والتى لها علاقة به .

ب - **العلاج التدعيمى :** وذلك من خلال استخدام العديد من الفنيات العلاجية التدعيمية والتى تنهض على : الإيحاء - التغير والتشجيع ، المعاضدة والتدعيم ، الصحية والإرشاد ، تقديم المعلومات ، التنفيس الإنفعالى ، التجاوب الإنفعالى ، بث الثقة والإرادة لدى الفرد .

جـ - **العلاج النفسى المعرفى :** وهو جد هام خاصة مع المرضى ذوى إضطراب الألم . خاصة إذا كان هذا الإضطراب - أو غيره - به بعض المكونات المعرفية الخاطئة (تفكير - وجدان .. سلوك) .

وقد تم تطوير العديد من الإستراتيجيات المعرفية فى هذا الصدد وتتكون من :

- الصور الذهنية السارة .
- النشاط الإيقاعى المعرفى .
- التركيز الخارجى للإنتباه .
- تقدير الآلم .
- التغلب الدرامى .
- التخيل المحايد .
- النشاط التنفسى .
- النشاط السلوكى .

(شيرلى بيرس وآخر ، ٢٠٠٠)

د - **العلاج بالتعيم :** خاصة الإستناد إلى إستراتيجيات الإسترخاء والتى أثبتت فاعلية فى العديد من الإضطرابات مثل :

- إضطرابات الألم .
- التبدين .
- التوهم المرضى .
- الصداع النصفى .

– عسر الطمث .. الخ .

فعلى سبيل المثال وجد أن إستخدام التدريب على الإسترخاء لدى مرضى الألم المزمن جد هام للأسباب الآتية :

أولا : قد يكون للتدريب على الإسترخاء تأثير عام على مستويات التوتر العضلى للجسم كله .

ثانيا : قد يرتبط الإسترخاء بخفض القلق .

ثالثا : تعمل إجراءات الإسترخاء فى حد ذاتها كمشتت للأنتباه ، أى أن الإنتباه الى تمرينات الإسترخاء والصور العقلية المصاحبة له يمكن أن يخفض من الإنتباه إلى المدخلات الحسية غير السارة .

رابعا : إن الاسترخاء قد يعمل على زيادة التحكم الذاتى المدرك لدى المرض لانشطتهم الفسيولوجية وألمهم .

خامسا : إن العديد من الدراسات النفسية قد وجدت ماللإسترخاء من نتائج جدا إيجابية وفاعلية فى علاج العديد من الإضطرابات .

(شيرلى بيرس وأخر ، ٢٠٠٠)

ثالثا : العلاج البيئى والإجتماعى : إن أثر البيئة والمجتمع فى نشأة وعلاج العديد من الإضطرابات الجسدية الشكل واضح . ومن هنا يمكن أن يتجه العلاج إلى :

– تحسين ظروف العمل .

– تحسين ظروف المنزل .

– حل الخلافات الزوجية .

– تشجيع الهوايات الخاصة للأشخاص من ثقافة وفنون أو رياضة أو الإيمان الدينى خاصة فى هؤلاء الذين يميلون بطبيعتهم إلى الناحية الدينية .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

مسار ومآل الإضطرابات جسدية الشكل :

تتعدد مسارات ومآل الإضطرابات جسدية الشكل وذلك من خلال أخذ العديد من العوامل والأسباب فى الإعتبار عند تحديد مآل إضطراب بعينه لدى شخص مقارنة بنفس هذا الإضطراب – أو غيره – لدى شخص آخر .

وسوف نذكر فى عجاله مسار ومآل بعض الإضطرابات جسدية الشكل .

مسار إضطرابات التبدين :

– مسار مزمن تتخلله فترات تعافٍ قليلة . ومع ذلك قد تنقلب شدة الأعراض .

– ومن مضاعفات المرض : تعرض المريض لعمليات جراحية لا لزوم لها ، فحوص طبية متعددة ومتنوعه ومتكررة ، الإدمان ، الآثار الجانبية الضارة للعديد من الأدوية التى توصف للمريض بدون داع .

مسار إضطراب التحول :

المـآل الحسن : ويظهر من خلال :

– ظهور الأعراض فجأة .

– وجود ضغوط نفسية واضحة أدت إلى ظهور الإضطراب .

– قصر الفترة الفاصلة بين بداية الإضطراب وتلقى العلاج .

– معدل ذكاء يفوق المتوسط .

– وجود بعض الأعراض مثل : الشلل – إحتباس الصوت – العمى .

المـآل السئ : ويظهر من خلال :

– وجود إضطرابات نفسية أخرى مصاحبة .

– دخول المريض فى مشكلات قضائية .

– وجود بعض الأعراض مثل : الرعشة ، نوبات التشنج .

مسار الإضطرابات المصطنعة :

– مسار مزمن فى العادة .

– يبدأ فى سن الرشد ولكنه قد يبدأ فى سن مبكرة عن ذلك .

– كثرة التردد على الإطباء وتاريخ متعدد لدخول المستشفيات وذلك يسعي المريض للحصول على الرعاية الطبية والإهتمام .

– يتصف هؤلاء المرضى بتعرضهم بشكل خاص للإدمان .

– يتحسن المآل إذا كان الإضطراب مصحوب بالإكتئاب أو القلق لاستجابتهما للأدوية النفسية .

– قد يتعرض المريض للوفاة نتيجة التدخلات الجراحية الكثيرة والتى قد تهدد حياته .

(Kapian , H., & Sadock, B . 1996)

المراجـــع

- أحـمـد عكاشـة (١٩٩٨) ، **الطب النفسى المعاصـر** ، القـاهرة ، مكتبـة الانجلو المصرية.
- شيرلى بيرس ، جوس مايز (٢٠٠٠) ، **فحص الألم المزمن** فى كتاب : مرجع فى علم النفس الاكلينيكى للراشدين ، تحرير س. لنيدزا ، ج . بول ، ترجمـة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ٧١٧ – ٧٣٦ .
- شيرلى بير ، جوس مايز (٢٠٠٠) **المناحى النفسية لتدبر الألم المزمن** فى كتاب: مـرجع فـى علم النفس الاكـينيكى للراشـدين ، تحـرير س. ليـنذاس ، ج ، بول ، ترجمة: صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية . ص ص ٧٣٧ – ٧٥٦ .
- فرج طـه ، شاكر قنديل ، حسين عبد القادر ، مصطفى كامل (١٩٩٣) **موسوعة علم النفس والتحليل النفسى** ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .

- American Psychiatric Association (2000) **Diagnostic and Staistical Manual of Mental disordser Editions** . Washington D.C.
- Kaplan , A. , Sadock. B. (1996) **Pocket hand book of clini cal psychlatry** . london , Wiliams & Wilkins, Second Edition

الفصل السابع

إضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي وإضطرابات التوافق

محتويات الفصل

الإضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي وإضطرابات التوافق
Impulse - Control And Adjustment Disorder

وهو أحد إضطرابات القلق ، ويشير إلى مجموعة من الحالات الناتجة من الضيق الذاتى أو الإضطراب الإنفعالى غالبا ما تتداخل مع الوظيفة والإداء الإجتماعيين، وتظهر أثناء فترة التوافق مع تغير ذى دلالة فى الحياة أو مع تبعات حادث حياتى شديد الإجهاد ، وقد يترك الحادث أثرا فى تكامل النسيج الإجتماعى والشخصى (موت عزيز خبرات إنفصال) أو فى الشبكة الأوسع من الدعامات والقيم الإجتماعية (هجره) أو يعكس أزمة أو نقطة تحول عظيمة فى مسار نماء الفرد (الإحالة إلى التقاعد مثلا) .

أولا : إضطرابات التحكم فى السلوك الإندفاعى

الوبائيات :

١ - **نوبات العدوان الفجائية :** أكثر إنتشارا بين الذكور .

* تبلغ نسبة إنتشاره بين المترددين على خدمات الطب النفسى التابعة لإحدى الجامعات حوالى ٢ ٪ .

* يوجد الذكور المصابون بالمرض فى المؤسسات العقابية بصورة رئيسية وذلك لإرتكابهم جرائم تدينهم وتجعلهم يقعون تحت طائلة القانون.

* بينما توجد الإناث فى مستشفيات الطب النفسى .

* هذا الإضطراب أكثر إنتشارا بين أقرباء الدرجة الأولى للمصاب بهذا الإضطراب .

٢ - **هوس السرقة :**

* نسبة إنتشاره غير معروفة .

* أكثر إنتشارا بين الإناث مقارنة بالذكور .

٣ - **هوس إشعال الحرائق :**

* نسبة إنتشاره غير معروفة .

* أكثر إنتشارا بين الذكور .

* تشير البحوث إلى وجود علاقة بين أشعال الحرائق وممارسة القسوة مع الحيوانات المنزلية الأليفة .

٤ – المقامرة المرضية :

* تتراوح نسبة إنتشار هذا الإضطراب –كمثال – فى الولايات المتحدة الإمريكية بين ١ – ٣٪ .

* هذا الإضطراب أكثر إنتشارا بين الذكور .

* ينتشر الإدمان على الكحوليات بين اباء المضطربين بهذا الإضطراب .
(Kaplan, H., & sadock. B., (1996)

٥ – هوس نتف الشعر :

* نسبة إنتشاره غير معروفة .

* قد يتزامن مع إضطراب الوسواس القهرى .

* أكثر إنتشارا بين الإناث .

* قد يتزامن – أيضا – مع إضطراب الإكتئاب والشخصية البينية .
(Kaplan, H., & Sadock, B. (1996)

* أشارت بعض الدراسات إلى أنه ينتشر بنسبة ٢٪ بين الجمهور العام .

* الفروق بين الجنسين غير معروفة .

* وإن الحالات التى تتقدم للعلاج من هذا الإضطراب بالعيادات النفسية من الإناث أساسا .

* وإن الكثير من المترددات للعلاج ذكرن إنهن يقمن بهذا السلوك بصورة قهرية ، وإنهن قد قدمن للعلاج النفسى خوفا من الدخول إلى (الجنون) .
(Swedo, 1993)

تعريف إضطرابات التحكم :

وتعنى عدم القدرة على مقاومة الإنصياع لنزوه أو دافع يمثل خطرا على الآخرين ، وعلى النفس أو يولد فى نفس الفاعل شعورا باللذة والإشباع فى معظم الاحيان .

(Kaplan, H., & Sadock, B. (1996)

ويقسم الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع هذه النوبة من الإضطرابات الى (٦) فئات :

أولا : إضطراب نوبات العدوان الفجائية :

Inter mihent explosive Disorder

١ - تعريفه :

ويتصف بمجموعة من السلوكيات العدوانية التى تضر الآخرين .

٢ - معايير تشخيص إضطراب نوبات العدوان الفجائية وفقا للدليل الرابع :

أ - عدة نوبات منفصلة تتصف بالعجز عن مقاومة النزعات العدوانية ، مما يؤدى إلى اعتداءات خطيرة على الغير أو تدمير الممتلكات .

ب - عدم تناسب درجة العدوان التى تتبدى أثناء النوبة مع أية ضغوط نفسية / إجتماعية بصورة كبيرة .

جـ - لا تنطبق على نوبات العدوان معايير أضطراب نفسى آخر مثل أضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع أو إضطراب الشخصية البينية ، أو أى إضطراب ذهانى أو نوبة هوس ، أو إضطراب السلوك ، أو إضطراب قصور الإنتباه ، ونقص الحركة ، والا تكون النوبات نتيجة مباشرة لتعاطى مادة مخدرة أو دواء نفسى أو بسبب مرض عضوى (مثل تعرض الدماغ للرضّ ومرض الزهايمر)

(APA. , 2000)

ثانيا : هوس السرقة : Kleptomania

١ - تعريفه : دفع قوى للسرقة ، بحيث تصبح وكأنها حواز أصيبت به الشخصية ، وعادة يسرق المريض بهذا المرض أشياء تافهة أو ليس فى حاجة إليها ، وكأن السرقة هدف فى حد ذاته ، والسرقة فى هذه الحالة تكون رمزا لدافع قوى فى أعماق المريض يجعله يفضل إنتزاعالاشباع بالقوة وبالشكل غير المشروع عما لو أتاه بشكل مشروع . ويكون دافع المريض بهوس (أو جنون) السرقة من القوة والالحاح بحيث لا يستطيع مقاومته أو الهروب منه ، وهو دليل على فقدان الحب فى مستوى لاشعورى .

(حسين عبد القادر ، ۱۹۹۳ ، ۲۸٦ - ۲۸۷)

٢ - معايير تشخيص هوس السرقة وفق الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع:

أ - تكرار العجز عن مقاومة دافع سرقة إشياء لا يحتاج إليها السارق لإستخدمه الشخصى أو من أجل قيمتها المالية .

ب - تصاعد الإحساس بالتوتر قبل الإقدام على إرتكاب السرقة مباشرة .

جـ - شعور باللذة والإشباع أو الراحة يصاحب قيامه بفعل السرقة .

د - لا يقدم الشخص علي السرقة للتعبير عن الغضب أو للإنتقام ، كما لايسرق إنصياعا وإستجابة لضلالة أو لإحدى الهلاوس .

هـ - لا تنطبق على السرقة معايير إضطراب السلوك ، أو نوبات مرض الهوس ، أو إضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع .

(APA. , 2000)

ثالثا : هوس إشعال الحرائق : pyromania

١ - **تعريفها :** هو سلوك مرضى يتصف بالرغبة التى لا تقاوم إلى إشعال الحرائق من أجل الشعور بالسرور أو لإشباع دافع داخلى لا يستطيع مقاومته أو لتهدئة التوتر العنيف الذى يستشعره داخليا .

٢ - محكات تشخيص إضطراب هوس إشعال الحرائق وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع .

أ - تعمد إشعال الحرائق فى أكثر من مناسبة واحدة .

ب - شعور بالتوتر أو الإثارة والإنفعالية يسبق القيام بالفعل .

جـ - الإنبهار بالحرائق ، والمواقف المحيطة بها والإهتمام بها أو الإنجذاب اليها ، والفضول بشأن كل ما يتعلق بها (مثل : الأدوات أو المعدات ذات الصلة بإشعال الحرائق ، وإستخدامها والعواقب المترتبة على ذلك الإستخدام) .

د - إلا يكون الإقدام على فعل إشعال الحرائق بدافع تحقيق مكسب مادى ، أو بدافع عقيدة سياسية أو إجتماعية ، أو بدافع الإنتقام أو بدافع التعبير عن الغضب ، أو التحسين الظروف المعيشية أو إنطباعة لضلالة أو هلاوس ، أو نتيجة إختلال القدرة على صواب الحكم على الأمد (كما فى حالات الخرف والتخلف العقلى أو للتأثير بمادة مخدرة) .

هـ - الا تنطبق معايير إضطراب نفسى أخر على إشعال الحرائق مثل : إضطراب السلوك ، أو نوبة هوس أو إضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع .

(APA. , 2000)

رابعا : هوس المقامرة المرضية (إدمان القمار) . Patholoyical gambling

١ - **التعريف :** بداية يجب أن نشير إلى أن هناك مشكلة فى تحديد مصطلح المقامرة المرضية للأسباب الآتية :

أ - ندرة الحقائق المتعلقة بسلوك المقامرة .

ب - كثرت المشكلات الخاصة بالمنهج السليم لدراسة سلوك المقامرة .

جـ - تضارب وإختلاف النماذج الخاصة بسلوك المقامرة .

د - كثرة المجالات التى تناولت سلوك المقامر حيث تم تصنيفها ضمن علم الإدمان Addictionology وعلم البيولوجيا والوراثة والباثولوجيا .. الخ .

هـ - تداخل مصطلح المقامرة مع العديد من المصطلحات الأخرى مثل : المقامرة المرضية ، المقامرة المرضية الكامنة ، المقامرة المرضية المحتملة ، المقامرة القهرية ، إدمان المقامرة .. الخ .

لكن المقامرة كما يعرفها (فولبيرغ ومور) هى حالة أكلينيكية مرضية تنمو وتتطور لتؤدى إلى تمزيق شخصية الفرد وتهدد كيانه ومهنته وأسرته ، وكأن المقامرة بهذا الشكل مرض خبيث ينشب أظافره فى جميع جوانب الشخصية والإجتماعية وله طبيعة الإنتشار والسرطان أى أنه إضطراب كلى دينامى ووظيفى فى الخارج والداخل.

(أكرم زيدان ، ٢٠٠٥ ، ١٨ - ٢٢)

٢ - معايير تشخيص المقامرة المرضية (إدمان القمار) وفق الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

أ - لعب القمار بصورة متصلة ومتكررة وغير متوافقة كما يتضح من توافر خمسة أو أكثر من المعايير الآتية :

١ - إنشغال البال بالقمار (مثل الإنشغال بالعودة إلى معايشة خبرات مغامرة سابقة ، أو التخطيط لجولة لعب القمار المقبلة أو التفكير فى إفسادها ، أو الإنشغال بطرائق الحصول على المال اللازم لكى يمارس لعب القمار) .

٢ - الشعور بالحاجة إلى المقامرة بكميات متزايدة من المال لتحقيق الإثارة المرجوه .

٣ - فشل المحاولات السابقة المتكررة للسيطرة على المقامرة أو تقليل أو الكف عنها .

٤ - الشعور بعدم الإستقرار والعصبية عند محاولة التقليل من لعب القمار أو

التوقف عنه .

٥ - الإقدام على لعب القمار للهروب من المشكلات أو التخفيف عن المزاج (مثل مشاعر العجز أو الذنب أو القلق أو الإكتئاب) .

٦ - يعود الى لعب القمار بعد خسارة مالة التعويض خسائرة .

٧ - يكذب على أفراد الأسرة والمعالج لإخفاء مدى تورطه فى لعب القمار .

٨ - إرتكاب أفعال غير مشروعه مثل التزوير أو النصب أو السرقة أو الإختلاس لتمويل إستمراره فى اللعب .

٩ - إن يتسبب القمار فى خسارة علاقة مهمة أو وظيفة أو فرصة دراسية أو مهنية .

١٠ - يعتمد على غيره فى الحصول على المال للخروج من المآزق المالية التى يؤدى إليها لعب القمار .

ب - لا تنطبق على إدمان لعب القمار معايير تشخيص إضطراب نفسى آخر مثل نوبات الهوس .

(APA. , 2000)

خامسا: هوس نتف الشعر : Trichotillo mania

١ - **تعريفه :** إضطراب هوس نتف الشعر زمله أو مجموعة من الأعراض تتمركز حول نتف الشعر من الجسم بطريقة قهرية ، بحيث لا يستطيع الشخص (المصاب بهذا الإضطراب) أن يقاوم الدفعات التى تجعله ينزع الشعر من فروة الرأس، أو الحواجب ، أو الرموش أو أى منطقة أخرى من مناطق الجسم .. وإن الشخص لا يهدأ (أو يستقر قلقه إلا بعد أن يقوم بهذا السلوك ، وما أن يشعر بالهدوء حتى يعاود نزع الشعر مرة أخرى (إستجابة الدافع أو دفعات قهرية لا يستطيع الفكاك منها) .

(Swedo, 1993)

٢ - معايير تشخيص هوس نتف أو نزع الشعر وفق الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

أ - نتف الشعر بصورة متكررة ، وبصورة تؤدى إلى فقدانه بصورة ملحوظة.

ب - أزدياد الإحساس بالتوتر قبل نتف الشعر مباشرة أو عند محاولة مقاومته هذا الدافع للنتف .

جـ - الا تنطبق على الحالة معايير إضطراب نفسى آخر ، أو أن ينتج ذلك من الإصابة بمرض عضوى مثل الإصابة بمرض جلدى .

هـ - أن يؤدى الإضطراب إلى معاناة اكلينيكية ظاهرة أو تعطل الوظائف الإجتماعية أو المرضية أو وظائف أخرى مهمة .

(APA. , 2000)

سادسا : إضطرابات تحكم فى السلوك الاندفاعى لم يسبق تخصيصها :

تشمل هذه الفئة إضطرابات التحكم فى السلوك الاندفاعى فى (مثل : نتف الجلد) التى لا تنطبق عليها معايير أى إضطراب محدد من هذه الإضطرابات ، كما تشمل إضطراب نفسى أخر من سماته : فقدان السيطرة على السلوك الإندفاعى من التى سبق وصفها فى الدليل مثل : الإعتماد على مادة (تعاطى مادة مخدرة) أو إضطراب أحد الإنحرافات الجنسية .

(APA., 2000 . P . 284)

الأسباب :

تتعدد الأسباب والإجتهادات التى قدمت، الإضطراب التحكم فى السلوك الإندفاعى ، وإضطرابات التوافق ، ويمكن حصر هذه الأسباب فى :

أولا : العوامل البيولوجية :

* الأبحاث قليلة فى هذا المجال بصفة عامة .

* وقد وجدت بعض المؤشرات التى تظهر فى رسام المخ الكهربائى لبعض الأنواع حيث وجدت تغيرات غير طبيعية .

* وقد ظهر على بعض المرضى تداخل فى سيطرة فصى المخ وبعض العلامات الطفيفة الدالة على إصابة الجهاز العصبى المركزى ولاسيما فى نوبات العدوان الفجائية .

* وجدت بعض الدراسات أن تناول المريض الذى لديه هذا الإضطراب للخمر والمخدرات فأن ذلك يقلل من قدرة الشخص على التحكم فى سلوكه الاندفاعى (إبطال الكف) .

(Kaplan,H. & Sadock, B . 1996)

ثانيا : الأسباب النفسية :

تتعدد الأسباب والعوامل النفسية فى هذا الصدد ، فعلى سبيل المثال تم دراسة

الأسباب إلى اللجوء إلى المقامرة من خلال منظورين :

الأول : إسباب المقامرة كما يدركها المقامرون : حيث تلخصت :

الأسباب من وجهة نظرهم فى :

١ – الرغبة الشديدة فى الفوز بالثروة الكبيرة .

٢ – التسلية والمتعة والتشوق والإثارة .

٣ – المسايرة الإجتماعية والإندماج فى وسط إجتماعى .

الثانى : دراسة الأسباب من وجهة نظر دينامية – سلوكية .

١ – اللجوء إلى ما يسمى بنموذج الحالة – الحاجة Need - State Modle ويتلخص فى أن (حالة لديها إدمان القمار) ويجب النظر إليها كظاهرة فردية تتشكل حسب ظروف كل فرد وحاجته الشخصية .

٢ – الأخذ فى الإعتبار سلوك المخاطر Rist - taking الموجود لدى المقامر والذى يلجأ إليه لتحقيق العديد من الدوافع ، وإشباعا للعديد من الإحتياجات .

٣ – اللجوء إلى اللذة والتى تتزايد أثناء المقامرة خاصة عند ما يريد المقامر أن يهرب من بعض مشاكله باللجوء إلى القمار .

٤ – الإستعراضية لدى المقامر المرضى ، وهو دافع قهرى يجعل الفرد من نفسه مركزا ثابتا للإنتباه .

٥ – النظارية لدى المقامر المرضى من خلال استراق النظر أو إختلاسه لمشاهدة أشخاص أثناء اللعب .

٦ – السادية لدى المقامر المرضى من خلال لذة تعذيب الآخرين .

٧ – المازوخية لدى المقامر المرضي من خلال لذة تعذيب الذات .

(أكرم زيدان ، ٢٠٠٥ ، ٥٧ – ١١٠)

٨ – أو إرتباط هذه الأعراض (خاصة لعب القمار المرضى) باكتئاب مقنع حيث يعبر اللعب عن رغبة لاشعورية فى الخسارة والتعرض بالتالى للعقاب .

(Kaplan, H. & Sadock. B. 1996)

التشخيص الفارق :

١ – صراع النص الصدغى **Lemporol Lob Epilepsy** يتصف بوجود بؤر غير طبيعية فى الفص الصدغى تفسر نوبات العدوان أو هوس السرقة أو

هوس إشعال الحرائق .

٢ - **إصابات الدماغ :** يستطيع الممارس الكشف عنها باستخدام وسائل تصوير المخ التى تبين الآثار المختلفة عن الإصابة .

٣ - إضطراب القطبية المزدوجة النوع الأول : قد يمثل لعب القمار سمة من السمات المصا[pf لنوبة الهوس .

٤ - الإضطرابات المرتبطة بتعاطى مخدر أو عقار وهذا يتضح من خلال القيام بدراسة الحالة .

٥ - **الأمراض العضوية :** ينبغى إستبعاد الأمراض العضوية أو أورام المخ والأمراض التنفسية ، وأمراض الغدد الصماء عند تشخيص فئة من فئات إضطرابات التحكم فى السلوك الإندفاعى .

٦ - الفصام : حيث أنه من المعروف أن مريض الفصام يعانى من الهلاوس والضلالات التى قد تساهم فى تفسير سلوكه الاندفاعى .

(Kaplan., H., & Sadock, B. 1996)

العلاج لإضطرابات التحكم فى السلوك :

تتعدد المداخل العلاجية على قدر تعدد المداخل التى تناولت الأسباب وسوف نشير بصفة عامة إلى أنواع العلاجات التى تصلح لعلاج إضطراب التحكم فى السلوك، ثم نخصص الحديث لعلاج كل إضطراب من إضطرابات التحكم فى السلوك على حدة .

أولا : العلاج بالدواء : وهذا النوع من العلاج يفيد خاصة إذا توافر فى العقار صفة توقف إعادة أمتصاص أو تمثل مادة السيروتونين Serotonin فى المخ (وهو ناقل عصبى) ويوجد عقاران فى هذه الفئة هما :

مضادات الإكتئاب المسماه (فلوكسيتين) Flouxetine والأسم التجارى له بروزاك Prozac ، وعقار الكلوميبرامينClomopramine والأسم التجارى له أنافرانيل Anafranil ، وقد أدت فاعلية هذه العقاقير إلى الإعتقاد بأن الإختلال فى تنظيم نقل السيروتونين فى المخ قد يؤدى إلى نشأ إضطراب (أو أكثر) لدى الفرد .

(Nevid. et . al., 1997 , P. 223)

ثانيا : العلاجات النفسية :

توجد الكثير من العلاجات النفسية نجملها فى الآتى :

١ - **العلاج بنظرية التحليل النفسى :** وتهدف إلى إعادة توافق المريض ، والتعامل مع دفاعاته ، وإعادة توافق الانا مع الواقع الخارجى عن طريق العديد من الفنيات النفسية (خاصة الطرح / المقاومة) .

إلا أن الابحاث التتبعية لهذا العلاج قد أثبتت قلة فاعليته

(Becaria & Hollander, 1993)

٢ - **العلاج السلوكى :** حيث ينظر العلاج السلوكى إلى أى سلوك على أنه متعلم أو يمكن القضاء عليه وعلاجه من خلال العديد من الفنيات التى تهدف إلى إعادة التعلم وتعديل سلوك الشخص عن طريق الإشتراط الكلاسيكى Classical Canditioning ، وأيضا العلاج بالنفور Aversion therapy والعلاج بالمعنى Logotherapy والعلاج بالتنويم Hypo therapy ، والتدعيم المتبادل Mutual Support والإسترخاء .. الخ .

(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨) ، (عبد الستار إبراهيم وأخرون ، ١٩٩٣)

ثالثا : الجراحة النفسية :

الجراحة النفسية **Psych osurgery** نوع خاص من جراحة المخ ، وتعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها (إزالة جراحية إنتقائية أو توحيد لمسارات عصب وذلك لتأثيرها السلوكى ، وهى علاج جراحى لأمراض طبية نفسية معينة ناجمة عن أعطاب Lesions متمركزه فى أماكن مخية نوعية ، وتتسم بتوحيد نسيج تشريحى سليم بهدف إحداث تغير مرغوب فى السلوك أو من أجل شفاء أعراض نفسية مثل التوتر والقلق .

وقد قامت أحدى الدراسات باستعراض لحالات (٣٢٠) مريضا تلقوا جراحة أسفل السطح الحجاجى أو المحجرى ، ووجدت معدلات تحسن كالآتى :

- ٦٩ ٪ للأكتئاب .
- ٤٤ ٪ للقلق .
- ٣٠ ٪ للعصاب الوسواس

ومع ذلك يقع المرضى الذين أجريت لهم الجراحة النفسية - من الناحية التاريخية - تحت ثلاث فئات تشخيص كبرى : الفصام المزمن ، الحالات النفسية الجسمية غير المتحكم فيها وحالات الألم غير المحتمل ، والمرضى ذوى الشخصيات

المتماسكة الذين أنهكتهم التوترات الوساوسية إلى الحد الذى تعجزهم فيه.

(كولز ،١٩٩٢ ، ص ص ٥٠٤ - ٥١١)

- وفيما يلى ستقدم العلاج المناسب لكل فئة من فئات إضطراب التحكم فى السلوك الإندفاعى والسابق شرحها :

١ **نوبات العدوان الفجائية :** يستخدم فى علاجها مزيج من العلاج الدوائى والعلاج النفسى ، وتستخدم مركبات مختلفة فى محاولة للتخفيف من النوبات مثل : مركبات الفيفوثيازين ، والتوفرانيل ، والليثيوم . أما إذا كان رسام المخ الكهربائى غير طبيعى فيستخدم (التيجر بتول) المضاد للتشنج .

وجدير بالذكر إن مركبات البنزويازابيين بين المهدئة قد تزيد الحالة سوءا لما تسببه من إبطال للكف . ويستخدم دواء (الاندرال) الذى ينظم ضربات قلب البعض فى حالات منتقاه .

أما عن العلاجات النفسية فقد ثبت فاعلية العلاج النفسى التدعيمى ، وكذا العلاج النفسى الأسرى (خاصة إذا كان المريض فى مرحلة الطفولة المتأخرة أو مرحلة المراهقة) ، كذلك من الممكن استخدام **العلاج النفسى الجمعى** لكن يجب إستخدام هذا النوع من العلاج بحذر خاصة عند إحتمال قيام المريض بأمكانية الإعتداء علي أفراد الجماعة الآخرين .

٢ - هوس السرقة :

- يصلح العلاج النفسى التحليلى فى علاج الأفراد المضطربين بهذا النوع من الإضطراب ، خاصة وأن الرغبة فى أمكانية فهم الدوافع الكامنة خلف هذا السلوك جد هامة (مثل : الشعور بالذنب ، والحاجة إلى الخضوع للعقاب وكأن الشخص فى هذه الحالة يدور فى دائرة مغلقة : يرتكب السلوك ثم يشعر بالذنب ثم يتعرض للعقاب فيشعر بالتخفف من الذنب فيعاود الفعل الإندفاعى (السرقة) مرة أخرى ، وهكذا .

- كذلك اثبتت العديد من الدراسات فاعلية العلاج السلوكى خاصة تعليم المريض أنماطا جديدة من السلوك بدلا من تلك السلوكيات الشاذة .

- أما عن العلاج الدوائى مع الأفراد المضطربين بمثل هذا النوع من الإضطراب فقد ثبتت من خلال العديد من الدراسات التتبعية إن إستخدام مثبطات إستعادة ناقل السيروتونين مثل :

البـروزاك أو الفلوكـزنين والتـى أثبـتت الكثـير من النتائج إنها تفـيد الكثيـر من الحالات .

٣ – المقامرة المرضية :

– العلاج النفسى التحليلى المقترن بجماعات الاقران التدعيمية ولاسيما جماعة لاعب القمـار المجهـول Gambler Anongmous ، ويهدف العلاج النفسى هنا إلى أمكانية التوقف عن لعب القمار بصفة نهائية وكاملة ، وتراعى فى علاج مثل هذه الحالات معالجة أى إضطرابات نفسية أخرى تكون متواجده مثل : الإكتئاب الهوس ، سوء إستخدام للمواد (أدمان كحوليات أو مواد مخدرة) أو إضطراب جنسى مصاحب.

٤ – هوس إشعال الحرائق :

– العـلاج النفسى التـحليلى وذلك لفـهم الدوافع اللاشـعورية التى تكمن خلف الإندفاع وراء هذا الفعل أو السلوك .

– العلاج النفسى السلوكى من خلال العمل على تعليم المريض أساليب سلوكية أخرى يشعر من خلالها باللذة (وليس من خلال اشعال الحرائق) .

– إمكانية التوصية بأدخال مثل هؤلاء المرضى (خاصة الحالات التى يستشعر فيها المعالج إن الحالة غير مسيطرة بدرجة كبيرة على سلوكياتها الإندفاعية) إلى المستشفى ، أو إتباع نظام المستشفى الليلى أو أى إطار علاجى منهجى يسمح بمراقبة هؤلاء الأشخاص حتى لا يقوموا بأضمار النيران .

٥ – هوس نتف الشعر :

– قد يستفيد المرضى من العلاج النفسى التدعيمى ومن خلال فنياته العلاجية المختلفة والتى تعمل على تدعيم الثقة فى المريض والتحكم فى الكثير من إندفاعاته .

– العلاج النفسى التحليلى خاصة فهم الدوافع اللاشعورية وإضفاء مزيدا من الاستبصار وتحويل ما هو لاشعورى إلى شعورى.

– لا مانع من أن يرافق (أو يسبق) العلاج النفسى إعطاء العديدمن الحالات (التى تحتاج الى ذلك) إلى العلاج بالأدوية ، حيث تستخدم مركبات البنزودبازابينين فى حالة وجود درجة مرتفعة من القلق ، أو فى حالة ما إذا كان المريض يعانى من عرض أو أكثر من أعراض الإكتئاب فيتم إعطاء المريض مضادات الإكتئاب .

– من الممكن أيضا اللجوء إلى أساليب علاجية أخرى مثل :

(البيوفيدباك) أو الإرجاع الحيوى والذى يساعد الشخص على التدريب على إمكانية الإسترخاء ، والتخيل الإيجابى .

- وكذلك إستخدام التنويم المغناطيسى .

(Kaplan, H. & Sadock, B. 1996)

المسار والمآل :

يتوقف المسار والمآل الجيد على مجموعة من المحكات مثل : مدى معاناة الفرد من أكثر من إضطراب ، تاريخ الأسرى السابق ، وجود أو عدم وجود بيئة مساعدة أو سوية (أو غير ذلك) لكن المسار فى مثل هذه الإضطرابات نستطيع تلخيصه فى :

- تتصف هذه الإضطرابات بمسارها المزمن .
- يتصاعد السلوك الإندفاعى فى بعض الأحيان .
- قد يتصف بعض السلوكيات الإندفاعية بالتحسن (خاصة هوس نتف الشعر) وأيضا نجد سلوكيات اندفاعية أخرى لا يحدث فيها تحسن (مثل المقامرة المرضى كمثال) .

(Kaplan, H. & Sadock, B. 1996)

ثانيا : إضطرابات التوافق

Apjustment Disorders

الوبائيات :

- لا توجد الكثير من الدراسات حول هذا النوع من الإضطرابات .
- يكثر ظهوره إبان فترة المراهقة .
- ولكنه قد يصيب أى عمر من الأعمار .
- يلعب الاستعداد الشخصى للفرد دورا أساسيا فى تحديد إحتمال حدوث وتشكيل مظاهر إضطرابات التوافق إلا أنه قد يحدث بعد تعرض الفرد لحادث ضاغط .
- يبدأ الإضطراب خلال شهر من ظهور الحدث شديد الكرب أو التغير فى الحياة ولا تتجاوز فترة الإعراض عادة ستة شهور إلا بالنسبة للإستجابة الإكتئابية المطولة .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ١٥٨)

تعريف إضطرابات التوافق :

- لكى نعرف إضطرابات التوافق أولا يجب إن نشير إلى مفهوم **التوافق** النفسى

والذى يعنى : كل سلوك أو نشاط يهدف منه إلى تحقيق التوافق ، والتوافق النفسى يتضمن إشباع حاجات الفرد ودوافعه بصورة لا تتعارض مع معايير المجتمع وقيمه ولا تورط الفرد فى محظورات تعود عليه بالعقاب .

(فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣ ، ص ٢٥٩)

ولذا فأن إضطرابات التوافق تعنى : إستجابات سلوكية مرضية لضغوط نفسية إجتماعية تؤدى إلى إعاقة (أو توقف) الوظائف الإجتماعية أو المهنية . وتتصف الضغوط السابقة بأنها فى إطار الخبرات العادية التى يمر بها غالبية الأشخاص (مثل ولادة طفل جديد ، الذهاب لأول مرة إلى المدرسة ، الزواج ، الفصل من العمل ، الطلاق ، الإصابة بمرض خطير .. الخ) .

(Kaplan, H. & Sadock, B. 1996)

تشخيص إضطرابات التوافق وفق الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

أ – ظهور أعراض إنفعالية أو سلوكية نتيجة عامل ضاغط محدد خلال ثلاثة أشهر من التعرض للعامل (أو العوامل) المذكور.

ب – تنطوى الإعراض أو أنماط السلوك على دلالة إكلينيكية كما يتضح من ظهور أى من العرضين التاليين :

١ – معاناة ملحوظة تفوق المتوقع من التعرض لعامل أو عوامل من هذا النوع .

٢ – تعطل له شأنه فى الوظائف الإجتماعية أو المهنية أو المدرسية .

جـ – الا تنطبق على الإضطراب المرتبط بالعامل الضاغط معايير إضطراب آخر من إضطرابات المحور الأول ، ولا تمثل مجرد إنتكاس لإضطراب سابق من إضطرابات المحور الأول أو الثانى .

د – الا تعبر الإعراض عن فجيعة .

هـ – الا تستمر الإعراض بمجرد زوال العامل الضاغط أو عواقبه مدة تتجاوز ستة أشهر أخرى .

حدد ما إذا كان الإضطراب :

حاداً : فى حالة إستمراره مدة أقل من ستة أشهر .

مزمناً : فى حالة إستمرار مدة ستة أشهر أو أكثر .

ترقّم إضطرابات التوافق وفق فئاتها الفرعية التى تستند إلى العرض السائد ، وبدون الضاغط المعنى على المحور الرابع .

الفئة الفرعية : وتنقسم إلى الفئات الآتية :

- إضطراب توافق إكتئاب الطابع .
- إضطراب توافق مصحوب بالقلق .
- إضطراب توافق مصحوب بمزيج من القلق والإكتئاب .
- إضطراب توافق مصحوب بإضطراب السلوك .
- إضطراب توافق بمزيج من إضطراب الإنفعال والسلوك .
- إضطراب توافق غير محدد السمة أو الملامح .

(APA. , 2000)

الإسباب : تتعدد الأسباب التى حاولت أن تفسر أسباب إضطرابات التوافق ، ويمكن تلخيص هذه الإجتهادات فى :

١ - **أسباب وراثية :** تلخصت طباع القلق الشديد أكثر إستعدادا من غيرهم للتفاعل بصورة مفرطة للأحداث الضاغطة أو الإصابة بإضطرابات التوافق فى وقت لاحق .

٢ - **أسباب بيولوجية :** حيث أثبتت بعض الدراسات أن الأشخاص الذين سبق لهم الإصابة بأمراض عضوية خطيرة أكثر عرضه للوقوع فى إضطرابات التوافق مقارنة بغيرهم من الأفراد الذين لم يتعرضوا لتجربة المرض العضوى الخطير .

٣ - عوامل نفسية وإجتماعية : حيث رصدت الإبحاث والملاحظات الكلينيكية الآتى :

أ - يعد الأشخاص الذين مروا بتجربة فقد أحد الوالدين (أو كليهما) أثناء مرحلة الطفولة) أكثر إستعدادا للوقوع فى إضطرابات التوافق .

ب - إن الأفراد الذين خبروا تجربة الحرمان (سواء أكان ذلك حقيقيا أو متخيلا) أكثر إستعداد للوقوع فى هذه الإضطرابات .

جـ - إن الإفراد الذين حرموا من التواصل والدفء مع الآخرين خاصة أبان سنوات طفولتهم أكثر عرضة للوقوع فى هذه الإضطرابات .

د - وجود علاقة ما بين القدرة على تحمل الاحباط فى سن الرشد ومواجهة

الضغوط (وهذا ينتج عن زيادة القدرة على الصلابة النفسية) .

هـ - عدم إشباع الحاجات الأساسية فى مرحلة الطفولة (خاصة) تجعل مثل هؤلاء الأفراد أكثر عرضه للوقوع فى إضطراب سوء التوافق .

(Kaplan, H. & Sadock, B. 1996)

التشخيص الفارق :

١ - **إضطراب الكرب الناتج من صدمة وإضطراب الكرب الحاد :** يحدد نوع العامل الضاغط النفسى طبيعة التشخيص ، فالضغوط المرتبطة بإضطراب الكرب تتجاوز الخبرات البشرية العادية مثل : الحروب ، الإغتصاب ، الكوارث الجماعية ، الفيضانات ، التعرض للخطف والتحول إلى رهينة .

٢ - **إضطراب الذهان المختصر :** يتسم بوجود هلاوس وضلالات .

٣ - **الفجيعة غير المتبوعة بمضاعفات :** تصيب الشخص قبل وفاة من يحبه أو فور وفاته أو بعد فترة قصيرة ، تعطل الوظائف المرضية والإجتماعية فى الحدود المتوقعة ، والتعافى .

العلاج : تتعدد المداخل العلاجية ومنها :

١ - **العلاج الدوائى :** حيث يعالج مضطربى التوافق بالآتى :

* يعالج المرضى بمضادات القلق (حسب نوع إضطراب التوافق إن كان مصحوبا بالقلق) .

* يعالج المرضى بمضادات الإكتئاب (حسب نوع إضطراب التوافق إن كان مصحوبا بالإكتئاب) .

* على المعالج توخى الحذر من الإستمرار فى وصف المهدئات لتجنب إدمان مثل هذه الأدوية ولاسيما عند إستعمال مركبات البنزوديازيبين.

٢ - **العلاج النفسى :**

- أفضل أنواع العلاجات النفسية هى العلاج السلوكى الذى ينهض على فنيات الاسترخاء والتنويم ، البيوفيدباك فى حالات المعاناة من القلق .

- من الممكن إستخدام فنيات العلاج النفسى التدعيمى مثل :

الإيحاء - الطمأنة - تعديل البيئة والمناقشة - الإقناع بدخول المستشفى عند الضرورة .

(Kaplan, H. & Sadock, B. 1996)

المســار والمــآل :

– عن طريق مجموعة من المحكات يتحدد ما إذا كان المسار والمآل جيدا أو سيئا .

– وفيما يتعلق بمسار ومآل إضطراب التوافق نجد الآتى :

* تقل حدة معظم الإعراض بمرور الوقت دون اللجوء إلى العلاج ولاسيما عند إزالة العامل الضاغط الذى أحدث هذا الإضطراب .

* فى الفئات الفرعية (السابق ذكرها) فمن الممكن أن تتبع مسارا مزمنا تكتنفه مخاطر الإصابة بإكتئاب ثانوى ، أو قلق ، أو إضطراب إستخدام المواد المخدرة .

أضطراب توريت

Tourett's Disrder

نسبة الإنتشار :

– كان يعتقد فيما مضى أن إضطراب توريت حالة نادرة .

– أوضحت – بعد ذلك – العديد من الدراسات الوبائية الحديثة أن نسبة الإصابة بهذا الإضطراب تتراوح بين ١ر٠ إلى ٦ر٠ ٪ من الأولاد .

– أوضحت الدراسات إن إنتشار إضطرابات (توريت) لدى البنات أقل مما هو عليه هذا الإضطراب لدى الذكور .

– فى حين أوضحت بعض الدراسات أن نسبة إضطراب الأولاد الذكور لا تختلف عن نسبة إضطراب الإناث بنفس النسبة السابقة ١ر٠ إلى ٦ر٠ .

– اشارة العديد من الدراسات أن العوامل الوراثية تلعب الدور الأساسى فى الإصابة بهذا الإضطراب ، وأن التهيؤ الوراثى الكامن يلعب دورا فى ذلك .

(Leckman, 1993)

تعريف إضطرابات توريت :

هو شكل من إضطراب اللوازم فيه ، أو كان فيه لوازم حركية متعددة وواحدة أو أكثر من اللوازم الصوتية ، بالرغم من أنه لا يشترط تزامنه واللوازم الصوتية كثيرا ما تكون متعددة مع أصوات إنفجارية متكررة .. وقد تستخدم كلمات (وجمل فاحشة)

أحيانا تصاحب الحالة إصدار حركة إشارية قد تكون لها أيضا طبيعة فاحشة (بذاءة الحركة) .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ٦٦٧)

تعريف اللزمــة :

أ – في موسوعة علم النفس والتحليل النفسى :

إستجابة حركية قهرية فى الأطراف أو فى الوجه وهى إستجابة لاإرادية وتعنى تعبيرا عن شدة مظاهر التوتر والقلق الإنفكالى الذى يعانيه الفرد أو يصاحب حالته المرضية . كما أنها تعنى سيكولوجيا رمزا لا شعوريا لمدى ما يعانيه الفرد من ضغوط أو صراعات يفتقد معها أسلوب الضغط الذاتى إزاء دفعاته اللاشعورية . وتكون اللزمات هى أحد الأساليب الدفاعية اللاتوافقية لمواجهة هذه الصراعات أو الضغوط أو ما يصاحبها من توتر إنفعالى شديد ، وهى تظهر عادة فى عديد من الإضطرابات النفسية ولكنها تعتبر إحدى الدفاعات المميزة والدالة فى العصاب الوسواسى القهرى .

(مصطفى كامل فى فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣ ص ٦٥٩)

ب – فى الطب النفسى :

اللزمــة : Tic تعنى حركـة أو ايماءه أو نطق صوت مـا ، وتحـدث بطريقـة فجائية ومتكررة ، وكلها تحاكى أو تشبه بعض جوانب من السلوك السوى ، وتكون عادة ذات دوام قصير فيندر إن تدوم اللزمـة أكثـر من ثانيـة واحـدة ، وتميل إلى أن تحدث على شكل نوبات Bouts وأحيانا تشتد فجأة Paroxysm وبشكل مسرحى (درامى) ويمكن أن تحدث اللزمات بصورة فردية أو جماعية أو على شكل تجمع (أو اكسترالى) وتختلف فى شدتها وقوتها .

وتأخذ اللوازم العديد من الأشكال مثل :

أ – اللوازم الحركية البسيطة الشائعة مثل : طرفة العين ، رجة الرقبة ، هزة الكتف ولوى قسمات الوجه .

ب – اللوازم الصوتية الشائعة : مثل : النباح ، الفحيح .

جـ – لوازم صوتية مركبة : مثل تكرار كلمات بعينها وأحيانا استخدام كلمات (خارجة فى كثير من الأحيان) وغير مقبولة إجتماعية (بذاءة) Coprolalia .

د – اللوازم أخرى غير محددة :

other and unspecfied tic Disorders

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٦٦٥ – ٦٦٨)

العلاقة بين اللزمات Tic وإضطراب الوسواس القهرى :

بالرغم من صعوبة التمييز بين اللزمات الحركية المركبة وإضطراب الوسواس القهرى إلا أن العديد من الدراسات قد أوضحت أن نسبة لا تقل عن ٣٠٪ من مرضى إضطراب الوسواس القهرى قد تزيد عن ٤٠ ٪ منهم نجد لديهم تداخلا ما بين إضطراب اللزمات (أو توريت) وإضطراب الوسواس القهرى من خلال الآتى :

اللزمات مرتبطة بالأفكار الوسواسية :

ترتبط اللزمات مع الأفكار الوسواسية من خلال ملاحظة وجود دفعات حسية متكررة غير مرغوبة ، أو أفكار مرتبطة باللزمات ، أفكار مفادها أن ايقاع اللزمات فى حاجة إلى أن يكون منطقيا .

اللزمات والسلوك القهرى :

حيث ترتبط اللزمات المركبة في تداخل مع السلوك القهرى من خلال زمله من (اللزمات الحركية والصوتية) مثل : النقر بالأصابع فى تتابع رتيب، الشهق ، لمس اشياء محددة ، التقبيل ، أفعال فاحشة ، الضرب ، العض . ومن هنا – كما يؤكد Leckman – ضرورته أن نميز بين اللزمات الحركية المركبة والسلوك والأفكار القهرية مع الأخذ فى الإعتبار أنه من الصعب التمييز بين الوعى الشعورى الكامن فى الدفعات الجسمية الحسية عن الأفكار الوسواسية .

(Leckman, 1993)

كما يجب الأخذ فى الإعتبار أن اللوازم قد تظهر فى إضطراب الهستيريا وتأخذ اللازمة عدة مظاهر فمن رجفة فى عضلات الوجه ، إلى إرتعاش فى جفون العين ، إلى حركة الرقبة أو الرأس فجأة إلى الجانب ، كذلك المبالغة فى حركات اليدين أو اللعب بالشارب أو الشعر أو ربطة العنق أو تسليق الحلق (النحنحة) .. الخ .

ويجب أن يتم التمييز ما بين اللوازم الهستيرية وما يحدث يعد الحمى المخية من لوازم لها طابعها الخاص .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ص ١٧٤)

المحكات التشخيصية لإضطراب توريت وفق الدليل التشخيصى والإحصائى

الرابع :

أ - وجود كل من اللزمات الحركية المتعددة أو واحدة أو أكثر من اللزمات الصوتية فى وقت معين فى أثناء المرض ، على الرغم من أنه ليس من الضرورى أن توجد معا .

(اللزمة : حركة أو صوت فجائى وسريع ومتكرر وغير منتظم ويقع فى نمط أو قالب محدد) .

ب - تحدث اللزمات مرات متكررة فى اليوم الواحد (فى نوبات عاده) وتحدث كل يوم تقريبا أو بصورة متقطعة خلال فترة تزيد على عام واحدا وخلال هذه الفترة لا توجد مطلقا فترة متحررة من هذه اللزمات خالية منها لأكثر من ثلاثة أشهر متعاقبة .

جـ - يسبب الإضطراب كربا وضيقا واضحا أو إعاقة كبيرة ، فى الوظائف الإجتماعية والمهنية وغير هامة من المجالات المهمة .

د - تكون بداية الإصابة بهذا الإضطراب قبل سن ١٨ سنة .

هـ - لا يكون الإضطراب راجعا إلى الإثار الفسيولوجية المباشرة لتعاطى مادة ما (منبهة مثلا) أو نتيجة حالة طبية عامة خاصة الإصابة بمرض هنتنجتون) أو التهاب المخ التالى للعدوى الفيروسية) .

(APA. , 2000)

أنواع اللزمات : التصنيف الحالى لإضطراب اللزمات Tics كما ورد فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع يضع اللزمات ضمن الإضطرابات التى تشخص غالبا فى مرحلة الطفولة أو المراهقة وتشمل اللزمات (٤) أقسام هى :

- إضطراب توريت .
- إضطراب اللزمات الحركية أو اللفظية المزمن .
- إضطراب اللزمات العابر .
- إضطرابا اللزمات غير المحدد فى مكان آخر .

(APA. , 2000)

تاريخ مختصر فى الإهتمام باللزمات :

- تم ملاحظة اللزمات منذ فترة بعيدة .

- إلا أن الدراسة العلمية المنظمة للزمات تعود إلى القرن التاسع عشر حين قدم (إيتارد) Itard عام ١٨٢٥ وكذا - جيل دى لاتوريت Gilleadleatourett والذى أتخذ هذا الإضطراب اسم هذا العالم الأخير (توريت) حيث وصفه وصفا كلاسيكيا ومفصلا فى دراستة المأثوره (الكلاسيكية) عام ١٨٨٥ حين وصف تسع حالات تعانى من إضطراب اللزمات ، إضافة إلى بعض الأعراض الأخرى من قبيل عدم التناسق أو التأذر الحركى ، فضلا عن (همهمات أو صيحات) غير مترابطة تصاحبها الفاظ منطوقه ومتسقة وقد تحاكى حديث الأخرين Echoalia أو الفاظ بذيئة فاحشة Coprolia أو بعد الوصف التفصيلى لكل حالة مرضية من الحالات التسع النموذجية التى أوردها (توريت) أنتهى من تقريره إلى التأكيد على جانبين :

الأول : الإتباط بين إضطراب اللزمات وأعراض إضطراب الوسواس القهرى ، حيث أن اللزمات تكون من ضمن الزملة الرئيسية لإضطراب الوسواس القهرى كما تكشف العديد من حالات الدراسة المتعمقة لبعض هذه الحالات :

الثانى : إن هذه اللزمات يدخل فيها العامل الوراثى بصورة كبيرة جدا ، ولذا يجب إن يتجه البحث جيدا فى هذا الصدد .

(Leckman , 1993)

أسباب إضطراب توريت :

أوضحت العديد من الدراسات إن الجانب الوراثى يلعب دورا هاما فى الإصابة بهذا الإضطراب ، وقد بينت العديد من الدراسات التى استخدمت منهج دراسات التوائم الصنوية ما يدل على هذا الجانب الوراثى خاصة : حوادث قبل المولد ، والتعرض للعديد من الكوارث أو الضغوط الشديدة ، وكذا إستخدام المواد التى تعمل على تنبيه الجهاز العصبى المركزى ، أو تناول العديد من المواد لمؤثراة نفسيا .

فى حين إن دراسات أخرى استنتجت إن (العقد العصبية القاعدية) Basal ganglia أو التركيب اللحائية والمهادية المرتبطة بها قد تكون مؤدية أو مسببة عن الأساس الفسيولوجى (الممهد والمفجر) لأمكانية الإصابة بهذا الإضطراب .

(Leckman, 1993)

- كذلك كشفت العديد من الدراسات التى تناولت (آسر يوجد به أكثر من مصاب بهذا الإضطراب) ما يؤكد فاعليه الجانب الوراثى من خلال تتبع أباء وأشقاء

وأبناء بل وأحفاد هذه الأسر وجدت هذه الدراسات إن نسبة الإضطراب تكاد تكون ثابتة ، وإن أفراد الأسرة الواحدة لديهم خطر مرتفع لتطوير سنى الاصابة بهذا الإضطراب مع إضطراب اللزمات الحركية المزمن وكذا إضطراب الوسواس القهرى أكثر من غيرهم من الأفراد غير المرتبطين معهم بقرابة أو وراثة محددة .

وكل ما سبق يؤكد مرة أخرى على أن عامل الوراثة عاملا جد هام فى الإصابة بهذا الإضطراب .

(Leck Man , 1993)

علاج إضطراب توريت :

يعتمد علاج اللوازم على العلاج السلوكى فى هيئة الممارسة السلبية بتكرار اللوازم أمام المرأة عدة مرات حتى تصبح ارادية أكثر منها لا شعورية وثبت نجاح العلاج بالعقار (بيموزيد) خاصة فى مرحلة توريت ، وحديثا وجد أحمد عكاشة نتائجا مشجعة من خلال إستخدام العقاقير المضادة للإكتئاب مع هذه الفئة من الإضطراب وخاصة مع زيادة الموصل العصبى السيروتونين .

(أحمد عكاشة ،١٩٩٨)

المراجـــع

١ - أحمد عكاشة (١٩٩٨) ، **الطب النفسى المعاصر** ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

٢ - أكرم زيدان (٢٠٠٥) ، **سيكولوجية المقامر : التشخيص والتنبوء والعلاج** ، الكويت ، عالم المعرفة ، العدد (٣١٣) ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والاداء .

٣ - حسين عبد القادر (١٩٩٣) ، **مصطلح هوس السرقة فى قاموس علم النفس والتحليل النفسى** ، إشراف فرج طه ، القاهرة ، دار سعاد الصباح . ص ص ٢٨٦ - ٢٨٧ .

٤ - عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) ، **العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث** ، القاهرة ، مطبعة الموسكى ، الطبعة الثانية.

٥ - عبد الستار إبراهيم ، عبد العزيز الدخيل ، رضوى إبراهيم (١٩٩٣) ، **العلاج السلوكى للطفل - أساليبه ، ونماذج من حالاته** ، الكويت ، عالم المعرفة ، العدد (١٨٠) المجلس الوطنى للثقافة والفنون والإداء .

٦ - فرج طه ، حسين عبد القادر ، شاكر قنديل ، مصطفى كامل (١٩٩٣) ، **موسوعة عالم النفس والتحليل النفسى** ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .

٧ - كولز (١٩٩٢) ، **المدخل إلى علم النفس المرضى الإكلينيكى** ، ترجمة : عبد الغفار الدماطى ، ماجده حامد ، حسن على حسن ، الأسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .

8 - American Psychiatric association (2000) **Diagnostic**

and statistical manual of mental Disorders. 4 th. ed. washngton. DC.

9 - Kaplan, H., & sadock, B. (1996) **Pocket Hand book of clini cal psychiatry,** London, williams & wikins, second Edition.

10 - Leckman, J. (1993) **Touyette's syndrme . in Hollander**. E (Ed.) , obsessive - compulsive - related disordrs, washington, DC. : American Psychiatric Press.

11 - nevid,J., Rathus,s ap Greene, B. (1992) , **Abnormal Psychlogy in a changing world** . new Jersey : Prentice Hall. 3rd. ed.

12 - Swedo,s (1993) . **Trichotilloma. in . Hollander** E, (Ed.), **obsessive - compulsive - related disorder**. washington , DC : American psychiatyic press.

الفصـل الثـامـن

الإضطرابات الإنفصالية
Dissociative Disorders

محتويات الفصل

- تعريف الإضطرابات الإنفصالية.
- أنواع الإضطرابات الإنفصالية.

١ - فقدان الذاكره الإنفصالي:
- مدى الإنتشار.
- الإعراض والعلامات.
- التشخيص وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع.

٢ - التجوال الإنفصالي:
- مدى الإنتشار.
- الإعراض والعلامات.
- التشخيص وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع.

٣ - إضطراب إنفصال الهوية:
- مدى الإنتشار.
- الإعراض والعلامات.
- التشخيص وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع.

٤ - إضطراب إختلال الانية:
- مدى الإنتشار.
- الإعراض والعلامات.
- التشخيص وفقا للدليل الرابع.

٥ - إضطراب إنفصالي لم يسبق تخصيصه.

- الأسباب.
- العلاج

الإضطرابات الإنفصالية

Dissocatve Disorders

تعريف الإضطرابات الإنفصالية :

تعد الإضطرابات الإنفصالية أو التفككية أحد الأساليب الدفاعية، ويتجلى ذلك فى الميل إلى الفصل أو التفرقة أو التقسيم ، حيث يحدث إنقسام يتفاوت تحديدا فى الوظائف النفسية . فاذا أشتد المرض فقدت الشخصية وحدتها حيث تنعزل مجموعة من العمليات العقلية عن الجانب الشعورى وتصبح مستقلة أو آلية .

(مصطفى كامل فى : فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣)

وقد كانت هذه الإضطرابات فى الماضى تعرف باسم أعصبة الهستيريا الإنشقاقية والحقيقة إن عملية تحويل الإنفعال موجود فى كل من الهستيريا والتفكك ، ولكن فى الهستيريا يحدث التحويل إلى مرض جسمى ، وفى الإنفصال والتفكك يحدث هروب إلى حالة من عدم الوعى ..

(حامد زهران ، ١٩٩٨)

وتنقسم الإضطرابات الإنفصالية إلى خمسة أقسام رئيسية :

١ – فقدان الذاكرة الإنفصالى .
٢ – التجوال الإنفصالى ..
٣ – إضطراب إنفصال الهوية (والمعروف أيضا بأزدواج الشخصية) .
٤ – إضطراب إختلال الآنية (أو الهوية) ..
٥ – إضطراب إنفصالى لم يسبق تخصيصه أو تصنيفه ..

ولعل الصفة الأساسية المشتركة بين هذه الأقسام هى :

- فقدان الذاكرة ..
- فقدان الوعى ..
- فقدان الهوية ..
- فقدان إدراك البيئة نتيجة لأسباب نفسية ..

- إن هذه الإضطرابات لا تصاحبها أمراض عضوية فى المخ .

وسوف نتناول فى هذا الفصل كل إضطراب من الإضطرابات السابقة على حده .

١ - إضطراب فقدان الذاكرة الإنفصالى :

dissociative amnesia

مدى الإنتشار :

- يعد إضطراب فقدان الذاكرة الإنفصالى أكثر إضطرابات الإنفصالية إنتشارا .
- لا توجد نسب محددة لمدى إنتشاره أو بائياته .
- يحدث كرد فعل للكوارث والأزمات الحادة .
- يحدث عادة أثناء الحروب .
- أكثر إنتشارا بين الإناث مقارنة بالذكور .
- يبدأ فى سن المراهقة وسن الرشد المبكرة .

تعريفـه :

هو عبارة عن طمس (كلى أو جزئى) للذاكرة الخاصة بخبرة اليمه سابقة ، ويكون عادة نتيجة للكبت (أى أن الخبرة تظل فى غياهب اللاشعور) وعندما يواجه المريض موقفا يرمز إلى الخاصة المكبوته تتعطل ذاكرته الواعيه ليتجنب القلق .

وقد يشمل فقدان الذاكرة نسيان المريض أسمه وسنه ومحل إقامته ولا يتعرف على أهله أو أصدقائه ولكنه يظل محتفظا بقدرته على الكتابة والكلام ويبدو عاديا فيما عدا فقدان الذاكرة الخاص .

(حامد زهران ، ١٩٩٨)

وقد ينسي المريض أحداث فترة زمنية قصيرة ، وقد يظهر على المصاب أحيانا عدم الأكتراث بفقدان الذاكرة .

العلامات والأعراض :

- فقدان ذاكرة فجائى فى العادة .
- يدرك الشخص أنه فقد الذاكرة .
- يتسم باليقظة قبل فقدانها وبعده .

- كما قد يحدث إختلال طفيف فى الوعى .

معايير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع لتشخيص فقدان الذاكرة الإنفصالى :

أ - يتصف النمط السائد للإضطراب بنوبات من العجز عن استرجاع معلومات شخصية هامة ذات طابع صارم أو مؤلم فى العادة على نطاق واسع يتجاوز النسيان العادى .

ب - الا يقتصر ظهوره على فترات الإصابة بإضطراب الهوية الإنفصالى أو التجوال الإنفصالى أو إضطراب الكرب الناتج عن صدمة أو إضطراب التبدين والا يكون نتيجة فسيولوجيه مباشرة لتعاطى مادة (مخدرة أو دواء) أو مرض عصبى ، أو مرض عضوى آخر مثل إضطراب النساوه الناتج عن إصابة الدماغ .

جـ إن تسبب الأعراض معاناة اكلينيكية واضحة للمريض ، أو إخلال بوظائفه الإجتماعية أو المرضية أو بوظائف أخرى مهمة .

(APA. , 2000)

٢ - إضطراب التجوال الإنفصالى : Dissociative Fugue

مدى الإنتشار :

- هذا الإضطراب نادر الحدوث .
- لا توجد بيانات إحصائية دقيقة توضح مدى إنتشاره .
- ينتشر بشكل خاص بعد الكوارث .
- ينتشر أيضا - بعد الحروب .
- تختلف نسب حدوثه بين الجنسين .
- ليس له عمر بداية محدد .

تعريفـه :

هو إضطراب يظهر فى سفر الشخص المفاجئ وغير المتوقع بعيدا عن منزله أو عمله ، وعجزه عن تذكر جوانب مهمة من هويته السابقة (الأسم والاسرة ، والمهنة) . وينتحل هوية جديدة فى أحيان كثيرة وفترة التجوال هذه قد تطول وقد تقصر ، وقد يمارس أثناءها العديد من الأنشطة والأعمال ، حتى إذا أفاق من نوبة التجوال هذه عادة إلى بيته وأهله وعمله .. وغالبا ما تفشل المحاولات فى جعل الفرد يتذكر مالذى

حدث أثناء نوبة التجوال .

(Kaplan, H. Sadock, B. 1996)

الإعراض والعلامات :

- تجوال على نحو هادف .
- هذا التجوال يكون لمسافات طويلة فى العادة .
- ينسى حياته الماضية .
- لا يشعر عادة أنه فقد الذاكرة .
- ينتحل هوية جديدة .
- يتسم سلوكه قبل النوبة وبعدها (نوبة التجوال) بالسواء .

معايير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع لتشخيص التجوال الإنفصالى :

أ - سمته الرئيسية السفر أو الإنتقال المفاجئ وغير المتوقع بعيدا عن المنزل أو مكان العمل المعتاد المصحوب بالعجز عن تذكر الشخص لماضيه .

ب - الذهول المؤدى إلى عجز الشخص عن تحديد هويته .

جـ - إنتحال الشخص لهوية جديدة (كاملة أو جزئية) .

د - الا يقتصر ظهور التجوال على فترات الإصابة باضطراب إنفصال الهوية، ولا يكون نتيجة مباشرة لتأثير مادة أو عقار أو مرض عضوى (مثل صرع الفص الصدغى) .

هـ - إن يسبب هذا الإضطراب للمصاب معاناة ملحوظة أو خلل فى أدائه الوظائف الإجتماعية أو المهنية أو أى وظائف أخرى مهمة .

(APA. , 2000)

٣ - إضطراب إنفصال الهوية (أو إزدواج الشخصية) :

dissociative identity Disorder (Multiple. P.D)

مدى الإنتشار :

- هذا الإضطراب ليس نادرا كما قد تعتقد .
- يصيب حوالى ٥ ٪ من المرض النفسيين .
- يظهر عادة فى المراهقة وسن الرشد المبكرة .
- (كما قد يظهر فى بعض الحالات قبل سن المراهقة) .

- أكثر إنتشارا بين الإناث مقارنة بالذكور .
- ترتفع نسبة حدوثه بين أقرباء الدرجة الأولى .

تعريفـه :

نوع من الإضطراب تتمثل أعراضه الرئيسية فى أن يتواجد مع شخصية الفرد الأساسية – التى يعرفه الناس بها – شخصية أخرى أو أكثر ، بحيث تتمايز على سنها وتتعارض فى خصائصها وتسود فى الفترة المعنية وفى هذه الحالة يكون لكل شخصية اسم خاص ، وهوية خاصة ، وصفات خاصة ، وعلاقات خاصة ، وأنشطة خاصة ، ولا تعى الشخصية الأساسية من هذه الشخصيات الأخرى شيئا ، وإن علمت عنها شيئا أدركتها على أنها مستقلة عنها مقطوعه الصله بها أو أشارت إليها بضمير الغائب . وهكذا تكون الحال بين بقية الشخصيات .

وينتقل الفرد من شخصية إلى أخرى بشكل مفاجئ وغالبا ما يكون فى فترات الضغط النفسى .

(فرج طه وأخرون ، ١٩٩٣)

العلامات والأعراض :

- شخصية واحد أو أكثر واضحة المعالم .
- تسيطر كل منها على سلوك المريض وتفكيره فى حالة وجودها .
- تتحول من شخصية إلى أخرى بصورة مفاجئة .
- عدم تذكر الشخصيات الأخرى بصفة عامة .
- قد تدرك بعض الشخصيات جوانب تتعلق بالشخصيات الدخيلة .
- لكل شخصية جديدة ذكرياتها وتفكيرها المترابط مثل إختلاف معدل الذكاء .
- قد تختلف الشخصيات الأخرى من ناحية النوع والسن .
- قد تبدى شخصية دخيلة واحدة أو أكثر أعراض مرض نفسى مصاحب مثل إضطراب الوجدان أو إضطراب الشخصية .

معايير الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع لتشخيص إنفصال الهوية :

أ – ظهور هويتين أو شخصيتين أو أكثر (لكل منهما نمط إدراك للبيئة والذات والتفاعل معهما والتفكير فيهما يتصف بالإستمرار) .

ب - إن تتحكم إثنتان من تلك الهويات أو الشخصيات على أقل تقدير فى سلوك المريض .

جـ - عجز المريض عن تذكر معلومات شخصية مهمة يصعب إرجاع كثرتها إلى النسيان العادى .

د - إلا يكون الإضطراب نتيجة مباشرة لتأثير مادة أو عقار أو مرض عضوى .

ملحوظة : الا تفسر الأعراض فى الأطفال إنها نتيجة اللعب مع رفيق وهمى أو أى نوع أخر من لعب الطفولة الخيالى .

(APA. , 2000)

٤ - إضطراب إختلال الانيـة : depersonalisation Disorder

مدى الإنتشار :

- يندر ظهور الإضطراب بصورته النقية .
- نمطة الشائع نوبات منطقية من إختلال الانية .
- يندر ظهوره بعد سن الأربعين .
- قد ترتفع نسبته بين الإناث .

تعريفـــه :

هو إضطراب يشكو فيه الشخص من تغير كيفى فى نشاطه العقلى والجسدى أو العالم المحيط به بحيث تبدو هذه الأشياء غير حقيقية وبعيده أو آلية ، وقد يشير إلى أن حركاته وسلوكه لم تعد تلك الخاصة به ، وأن جسده يبدو مفتقدا للحياة ، أو معزولا ، أو غريبا ، وأن العالم من حوله يبدو مفتقد اللون والحياة . وتبدو الحياة كمسرح يتناول عليه الناس تمثيل الادوار . وفى بعض الأحيان قد يشعر الشخص كأنه يشاهد نفسه من على بعد أو كأنه ميت . وتحدث هذه الظاهرة فى الغالب فى إطار إضطراب إكتئابى وإضطراب الرهاب وإضطراب الوسواس القهرى .

وإن الشخص ينظر إلى نفسه وكأن شعوره منفصل عن جسمه أو ذاته كالشعور بأنه يعمل بطريقة آلية أو يعيش فى حلم .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

العلامات والأعراض :

- شعور دائم ومستمر بعدم واقعية الجسم والذات .

- يوجد قدر من اختبار الواقع .
- يشعر بنشوة فى إدراكه للزمن .
- يشعر بنشوة فى إدراكه للمكان .
- يتخيل أن أطرافه كبيرة أو صغيرة .
- ينتشر شعور بغرابة ولا معقولية العالم الخارجي .
- يشعر – فى بعض الأحيان – وكأنه إنسان آلى .
- تكثر شكوى الشعور بالدوران .
- تتكرر لديه مجموعة من الأفكار الإكتئابية والوسواسية والقلق .
- منشغل دوما بالجسم ووظائفه .

معايير تشخيص إضطراب إختلال الانية وفقا للدليل التشخيصى الإحصائى الرابع :

أ - خبرات متصلة ومتكررة تتصف بالشعور بالإنفصال عن الجسم أو العمليات الفكرية ومراقبتها كشخص آخر خارجي (مثل الشعور بأن الإنسان فيما يشبه الحلم) .

ب - يحتفظ المريض خلال النوبات بقدرته على اختبار الواقع .

جـ - يسبب إختلال الانية لصاحبه معاناة ملحوظة أو خلل فى وظائفه الإجتماعية أو المرضية أو فى مجالات وظيفية أخرى مهمة .

د - لا تقتصر ظهور إختلال الانية على نوبات الاصابة بمرض نفسى آخر كالفصام أو إضطراب الهلع أو إضطراب إنفصالى آخر ، ويشترط الا يكون نتيجة فسيولوجية مباشرة لتعاطى مادة مخدرة أو دواء أو مرض عضوى (مثل صراع الفص الصدغى) .

(APA. , 2000)

٥ - إضطراب إنفصالى لم يسبق تخصيصه :

dissociative disorder not otherwise specified

تعريفه :

أعراض إنفصالية بارزة يبد أن معايير تشخيص الإضطراب الإنفصالى بعينها لا تنطبق بشكل كامل على السمات الاكلينيكية الرئيسية ومنها على سبيل المثال :

إضطرابات سمتها الرئيسية عرض إنفصالى مثل : إضطراب وظائف الهوية أو الذاكرة أو الوعى التكاملية أو تغيرها والتى لا تنطبق عليها معايير إضطراب إنفصالى محدد .

أمثله :

١ – الشعور بغرابة البيئة غير المصحوب بإختلال الانية .

٢ – حالات إنفصالية تصيب أشخاص تعرضوا لعمليات مستمرة . أو متقطعة من غسيل المخ والتلقين المتبعان مع الارهابيين وبعض المعتقلين .

٣ – الغيبوبة ، والذهول وفقدان الوعى التى لا تعود لمرض عضوى ، حالات السفر المفاجئ وغير المتوقع والسلوك المنظم وعدم إرتباط فقدان الذاكرة على تذكر ماضى الشخص المعنى بانتحاله هوية أو شخصية جديدة .

وغيرها من الأمثلة التى لم تشخص بعد .

أسباب الإضطرابات الإنفصالية :

تعدد الأسباب التى تعود إلى أمكانية الإصابة بإضطراب أو أكثر من الإضطرابات الإنفصالية (السابق الحديث عنها) ويمكن إجمال هذه الأسباب فى مجموعتين هما :

أولا : الاسباب الوراثية : حيث تلعب الوراثة دورا هاما – بالإضافة إلى العديد من العوامل البيولوجية فى احداث بعضا من الإضطرابات الإنفصالية مثل : حدوث صدمة أو إرتجاج فى المخ ، جرح بالمخ تم عن إصابة ، أو مواصلة الإدمان خاصة إدمان المواد الكحولية (غير النقية) وكل ما سبق يقود إلى إمكانية الإصابة بإضطراب النساوه أو فقدان الذاكرة .

(Kaplan, H. & Sadock, B. 1996)

ثانيا : الأسباب النفسية : تلعب الأسباب النفسية دورا مؤثرا وجد هام فى إمكانية الإصابة بإضطراب أو أكثر من الإضطرابات الإنفصالية خاصة تعرض الفرد للعديد من أنواع الضغوط التى قد تفوق قدرته على تحملها ، وكذا استمرار هذه الضغوط دون أن يصدر عن الفرد ما يشير إلى إتخاذه خطوات لتخفيف حدة هذه الضغوط أو كذا المرور بالعديد من الصدمات النفسية التى تعقب تعرض الفرد للعديد من الكوارث .

(محمود حموده ، ١٩٩١)

علاج الإضطرابات الإنفصالية :

تتعدد العلاجات التى تقدم لمرضى الإضطرابات الإنفصالية ما بين العلاج النفسى خاصة العلاج السلوكى فى الغالب والعلاج بالتحليل النفسى للكشف عن الديناميات النفسية التى تكمن خلف الإضطرابات ودلالته ومغزاه ، وكذا العلاج الإجتماعى البيئى ، وكذا العلاج الدوائى المتنوع من خلال بعض العقاقير ، أو إجراء بعض الجراحات النفسية ، أو العلاج بجلسات الكهرباء وغيرها من أنواع العلاجات المناسبة لطبيعة الإضطراب .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨)

(Kaplan, H. Sadock, B. 1996)

المراجـع

- أحـمـد عكاشـة (١٩٩٨) ، **الطب النفسى المعـاصـر** ، القـاهـرة ، مكتبـة الانجلو المصرية .
- مـحـمـود حـمـودة (١٩٩١) ، **الطفـولةوالمراهقـة – المشكلات النفسيـة والعـلاج** ، القاهرة ، الناشر المؤلف .
- مصطفى كامل (١٩٩٣) **تعريف مصطلح الإضطرابات الإنفصالية، فى موسوعة علم النفس والتحليل النفسى** ، إشراف فرج طه ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- حامد زهران (١٩٩٨) **الصحـة النفسية والعلاج النفسى** ، القاهرة ، عـالم الكتب : الطبعة الرابعة ،
- فرج طه وأخرون (١٩٩٣) **موسوعة علم النفس والتحـليل النفسى** ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .

- American psychiatric associatlion (2000) **Diagnostic and statistical manual of mental Disorders**,4 th,ed. washkngton, DC.
- Kaplan, H., & Sadocek, B. (1996) . **pocet Hand book of clinical psychiatry**, London, williams & wikins, Sed.

الفصل التاسع

إضطرابات الأكل

Eating Disorder

محتويات الفصل

- وبائيات إضطراب الأكل.
- تعريف إضطراب الأكل.
- من أنواع إضطرابات الأكل.
  - أ - فقدان الشهية العصبي: التعريف - محكات التشخيص
  - ب - الشره العصبي: التعريف - محكات التشخيص.
- العلاقة بين إضطرابات الأكل وبعض الإضطرابات النفسية الأخري.
- أسباب إضطرابات الأكل.
- علاج إضطرابات الأكل.
- مسار ومآل إضطرابات الأكل.

إضطرابات الأكل
Eating Disorder

مقدمة :

تمثل نوبات الأكل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد وبين الرغبة الملحة لتناول الطعام أو العزوف عنه ، وهذه العلاقة ليست جديدة فهى معروفة منذ زمن بعيد ، وقديما كانت تصنف إضطرابات الأكل ضمن الإضطرابات السيكوسوماتية إلى أن صدر الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المراجع DSM IIIR 1987 . وأعقبه الدليل الرابع لعام ١٩٩٤ ووضع هذه الفئة من الإضطراب منفصلة تحت عنوان إضطرابات الأكل ، وهذه الإضطرابات تتميز بإختلال كبير فى سلوك تناول الطعام .

(زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ٣١)

وبائيات إضطراب الطعام :

سوف يقتصر تناولنا فى أضطرابات الطعام على نوعين فقط هما :

أ - فقدان الشهية العصبى Anorxia nervosa .

ب - الشره العصبى Bulimia nervosa .

أ - وبائيات فقدان الشهية العصبى : تتعدد نتائج الدراسات الخاصة بهذا الإضطراب لكن نستطيع رصد النتائج الآتية :

- يقدر نقص الوزن لدى الأفراد الذين يعانون من إضطراب فقدان الشهية العصبى بين ١٠ ٪ إلى ٥٠ ٪ وإنهم يتميزون بفقدان أوزانهم الأصلية ، ويقدر نقص الوزن لدى هؤلاء المرضى بأنه قد يصل إلى ١٥ ٪ على الأقل من وزنهم الأصلى .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ٣٢ - ٣٣)

- فى دراسة قامت بها زينب شقير عام ١٩٩٨ من خلال عينة قوامها (٦٢٥) طالب وطالبة من جامعة طنطا ، توصلت نتائجها إلى أن النسبة المؤية لإنتشار فقدان الشهية تصل إلى ٩٢ر٨٪ لدى الذكور ، وكانت ٤٥ر١٥٪ لدى الإناث ، وهذا يؤكد تزايد هذه الظاهرة بين شبابنا.

(زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ٤٥)

– إن فقدان الشهية العصبى هو أكثر شيوعا لدى المراهقات ذوات الخلفية الإقتصادية الإجتماعية المرتفعة على الرغم من إن ٩٠ – ٩٥ ٪ من المصابين بفقدان الشهية العصبى من الإناث إلا أن الرجال قد تظهر لديهم تلك الحالة أحيانا .

– تتباين التقيمات المعاصرة لهذا الإضطراب ، ولكن ما يقرب من ١ ٪ من المراهقات يتأثرن بالإضطراب وقد يكون مسار الإضطراب مزمنا ، ولذا فإن ٥ ٪ من المصابين بفقدان الشهية العصبى يجوعون حتى الموت .

(جين وأردل ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٥٩٥ – ٦١٨)

ب – وبائيات الشره العصبى :

– يبدأ إضطراب الشره العصبى فى المراهقة عادة .

– تشيع لدى الإناث أكثر من الذكور .

– تنتشر نسبة ٤ ٪ تقريبا لدى النساء ، ٠٫٥ ٪ لدى الرجال .

– إن البدانة فى المراهقه يمكن أن تهئ الشخص وتجعله مستعد للدخول فى إضطراب الشراهة فى مرحلة الرشد وما بعدها .

(APA. , 2000 , PP. 545 - 550)

– فى حين قدرته بعض الدراسات الأخرى بنسبة إنتشاره بين النساء أكثر من الرجال بنسبة ١ إلى ٣ ٪ تقريبا ، وإن كان نادرا ما يظهر باعراضه الواضحة لدى الرجال .

(Walson, 1993)

– فى حين ذكرت نتائج دراسات مسحية لإضطراب الشره العصبى الآتى:

* معدل الإصابة بهذا الإضطراب غير معروفة بدقة لانه مشكلة سرية أساسا .

* ربما كان حوالى ٢ ٪ من السكان فى عمر الدراسة الجامعية لديهم هذا الإضطراب (بإحدى صورة المتعددة) .

* يبدأ الإضطراب فى نهاية العقد الثانى من العمر فى الغالب.

* وهو لدى النساء أكثر شيوعا من الرجال .

* قد يظهر الشره العصبى (كعرض أو إضطراب فى حد ذاته) وقد يرافقه العديد من الإضطرابات الأخرى مثل الإكتئاب ، أو إدمان الكحوليات .

* يقرر بعض المصابين بفقدان الشهية العصبى أنهم ليس لديهم شهية للأكل ، ولكننا نجد لدى بعضهم نوبات من الأكل المفرط ، ويقرر ٦٩ ٪ منهم وجود حفزات قوية لديهم تدفعهم لأن يأكلوا ، وإن ٥٠ ٪ من فاقدى الشهية العصبيين لديهم نوبات من الأكل الصاخب .

(أولتمانز وأخرون ، ٢٠٠٠ ، ص ٣٦٣)

– وفى مصر قامت زينب شقير بدراسة الشره العصبى لدى طلاب جامعة طنطا عام (١٩٩٨) وكانت نسبة إنتشاره لدى الإناث ١٠ ٪ و ٧ر٠٦ ٪ لدى الذكور . وتعد هذه النسبة مرتفعة إلى حدا ما .

(زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ٣٩)

تعريف إضطرابات الأكل :

هى إختلال فى سلوك تناول الطعام وعدم الإنتظام فى تناول الوجبات ما بين الإمتناع القهرى عن تناول الطعام، أو التكرار القهرى لتناول الطعام فى غير مواعيده ، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعى للفرد والذى قد يصحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم .

(زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ٣١)

وفى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع DSM IV للأمراض النفسية والعقلية متضمنا إضطرابات الأكل فى موضعين :

أولا : إضطرابات تشخص لأول مرة عادة فى المهد أو الطفولة المبكرة وتضم (٣) فئات فرعية هم :

أ – إشتهاء أطعمة شاذة pica

ب – إضطراب الأجترار Rumination Disorder .

جـ – إضطراب الطعام Feeding Disorder .

ثانيا : إضطرابات الأكل التى تشيع أكثر فيما بعد مرحلة الطفولة .

وتضم فئتين إضطرابيتين هما :

أ – فقدان الشهية العصبى .

ب – زيادة الشهية العصبى .

وسوف يقتصر حديثنا فى هذا الفصل على الفئتين (فقدان الشهية ، وزيادة الشهية) للأسباب الآتية :

١ - إنهما من أكثر الإضطرابات شيوعا فى فئة إضطرابات الأكل .

٢ - إجراء العديد من الدراسات حول هذين النوعين من الإضطرابات .

٣ - إمكانية تحديد (معايير) معينة يتم من خلالها التشخيص .

٤ - وجود العديد من الإجتهادات العلاجية لهذين النوعين (تحديدا) من إضطرابات الأكل .

أولا إضطراب فقدان الشهية العصبى :

تعريفه : هو إضطراب يتميز بفقدان وزن واضح تحدثه أو تحافظ عليه المريضة نفسها ، ويحدث المرضى غالبا فى الفتيات المراهقات والشابات من النساء ولكن قد يصاب به الفتيات المراهقين والشباب ولكن بدرجة أكثر قدره ، كما قد يصيب الأطفال قرب البلوغ والنساء الأكبر سنا حتى سن إنقطاع الدورة الشهرية .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥٠٥)

أى أن فقدان الشهية العصبى هو عدم إنتظام فى تناول الطعام غالبا ما يبدو فى شكل (رغبة دائمة فى الجوع) وهويوجد بشكل أو بأخر لدى الفتاة فى سن المراهقة ويترتب على فقدان الشهية العديد من المظاهر أهمها النقص (أو الفقد) المستمر فى الوزن وشكل الجسم ، والعديد من المظاهر الأخرى (الفسيولوجية) التى تترتب على إستمرار حالة الجوع (مثل إنخفاض درجة حرارة الجسم ، إنخفاض سرعة دقات القلب .. الخ) لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر .

(Kaplan, H. & sadock, B., 1996)

أنواع فقدان الشهية العصبى : يجب أن نفرق بين نوعين هما :

أ - فقدان الشهية العضوى : ويعرف بأنه فقد جزئى أو كلى للشهية ويكون ذلك نتيجة لأسباب عضوية جسمية فى المقام الأول ، كما يعد مصاحبا لعدد من الأمراض العضوية والنفسية (أمراض الهضم الخطيرة ، سرطان المعدة ، والقولون) كما تحدث بشكل تقليدى فى حالات التهاب الكبد الوبائى المعدية ، وفى إضطرابات الغدد الصماء (مثل نقص أفراز الغدة الدرقية أو إنخفاض وظائف الغدة النخامية) كما أن فقدان الشهية العضوى ، قد يكون من بين أعراض مرض السكر ، أورام المخ وغيرها .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥٠٧)

٢ - فقدان الشهية العصبى :

ويعرف بأنه رفض الفرد للطعام ، أو التقيؤ المتعمد بعد الأكل مباشرة ، مما يتسبب عنه إنخفاض ملحوظ فى وزن الجسم ، ويسمى أحيانا بالتجويع الذاتي المرضى Abnormalself - sarvation وهو أحد إضطرابات الأكل . ولذلك يمكن أن نحمل الإضطرابات الأساسية فى فقدان الشهية العصبى بأنها تشمل :

أ - الشهية .

ب - سلوك الأكل .

و - صورة الجسم .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ٣٢ - ٣٣)

معايير تشخيص إضطراب فقدان الشهية العصبى وفق الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

١ - رفض الإحتفاظ بوزن الجسم فى المعدل الطبيعي أو فوق ذلك المعدل الذى يجب أن يتناسب مع عمر وطول الشخص.

٢ - خوف عميق ومتغلغل من أن يصبح الشخص بدينا حتى وإن بدا جسده فى معدل الوزن الطبيعي.

٣ - إضطراب فى إدراك وزن الجسم أو شكله ، بحيث يرى الفرد نفسه على أنه بدين ، حتى عندما يكون الوزن الطبيعى مع إنكسار واضح فى إدراك مدى خطورة الوزن المنخفض للجسم على وظائف الجسم .

٤ - يحدث لدى الإناث - على الأقل - إنقطاع ثلاث دورات حيض متتالية على الأقل .

(APA. , 2000)

وقد ورد فى العديد من مراجع الطب النفسى وعلم النفس المرضى العديد من المحكات الأخرى التى توضح محكات التشخيص أو تزيد ها وضوحا مثل :

١ - **فقد الوزن :** ويحدث نتيجة للإنخفاض فى تناول كميات الطعام المناسبة لكى ينهض الجسم وأعضاءه بوظائفه ، ويفقد الفرد على الأقل ١٠ ٪ من وزنه السابق.

٢ - **إنقطاع الحيض :** فى حالة النساء ولمدة ثلاثة أشهر متواصله على الأقل وبشرط أن يكون دورة الحيض منتظمة قبل ذلك .

٣ - عدم ظهور مؤشرات لإضطرابات أخرى تعد سببا أساسيا لفقدان الشهية (خاصة أعراض الفصام ، الإكتئاب الجسيم ، أو بعض الأمراض العضوية) .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ٤٢ - ٤٣)

أهم أعراض إضطراب فقدان الشهية العصبى :

ذكرت العديد من المراجع فى هذا الصدد أن إضطراب فقدان الشهية العصبى يظهر فى الأعراض الآتية :

١ - إنخفاض الوزن .

٢ - إضطرابات المعدة (تتراوح ما بين الإمساك الحاد والإسهال الشديد وعوامل أخرى تتراوح ما بين الشعور بالإنتفاخ .. الخ .

٣ - الإستسقاء أو تجمع السوائل بالجسم .

٤ - الجفاف (للجلد والحلق) .

٥ - حدوث (زرقان) فى الأطراف .

٦ - نوبات من الصرع .

٧ - السرقة .

٨ - الدخول فى حفلات الأكل ثم السرعة فى التقيؤ العمدى أو أخذ مليئات حتى لا يبقى الطعام فى معدته (أو يستفيد منه الجسم) .

٩ - التدقيق فى إختيار أنواع معينة من الطعام (غالبا ما تكون ذات سعرات حرارية منخفضة) .

١٠ - القيام (أو أجبار الشخص لنفسه) بالعديد من الأنشطة البدنية الشاقة رغبة منه فى (حرق) الدهون التي (يدرك) أنها (متراكمة) فى أمكن كثيرة بالجسم .

١١ - التحديق فى المرأة بهدف الأطمئنان على أنه لم (يزد وزنه بالصورة الملفتة للنظر - حتى وأن كان الأمر على غير ذلك) .

١٢ - تناقص الإهتمام بالجنس ، أو توقف ممارسته مع شريكة الحياة (أو شريك الحياة نهائيا .

١٣ - حدوث تغيرات فى الجلد والشعر والأظافر والأسنان .

١٤ - إن غالبية (مضمون الاحلام) تدور حول (الجسد البدين) وأنه (لاشعوريا) يرغب فى أن يكون جسده (فى المعدل الطبيعى - حتى وأن كان الأمر على عكس ذلك) .

(Eagles, . et . al, 1990 , 119 - 123)

ثانيا : الشره العصبى :

١ – تعريفه : هو زملة تتميز بنوبات متكررة من الأفراط فى الأكل وإنشغال شديد بالتحكم فى وزن الجسم يؤدى بالمريض إلى نمط من الافراط فى الأكل يليه قئ أو إستخدام الملينات ويشترك هذا الإضطراب فى كثير من السمات النفسية مع إضطراب فقدان الشهية بما فيها الإهتمام الشديد بشكل ووزن الجسم ، ويعرف إضطراب الأكل الشره Binge Eating بأنه تناول كمية كبيرة من الطعام تفوق بكثير ما أعتاد الأفراد الآخرون أن يأكلوه فى ظروف مشابهة وذلك فى فترة زمنية قصيرة ، وتشير الفترة القصيرة من الزمن إلى فترة محدودة تكون عادة أقل من ساعتين .

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ص ١٠٣)

٢ – المحكات التشخيصية للشره العصبى وفق الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

أ – نوبات تظهر بين الحين والآخر من الإفراط فى الأكل (حفلات اغتراف الطعام) وتتصف بالمظاهر الآتية :

١ – الأكل فى فترات غير مترابطة من الوقت (تقدر بساعتين من الوقت) أو تناول كمية من الطعام تكون فى الغالب (بل من المؤكد) أكبر من أى كمية يتناولها معظم الأشخاص إذا استغرقوا الوقت أو نفس الظروف) فى تناول الطعام .

٢ – شعور بفقدان التحكم فى الطعام خلال نوبة الأكل (أى أن الفرد لايستطيع أن يتحكم أو يتوقف عن التهام الطعام أو كميته) .

ب – ظهور سلوك تعويضى غير مناسب يفرض منع زيادة الوزن مثل : التقيؤ المتعمد ، إستعمال الملينات ، إستعمال أدوية مدرة للبول ، وغيرها من الأدوية ، إضافة إلى الصوم ، الإكثار من ممارسة التمارين الرياضية وبعنف .

جـ – تظهر نوبات إغتراف الطعام ، والسلوك التعويضى غير المناسب على الأقل مرتين خلال الاسبوع الواحد ولمدة ثلاثة أشهر .

د – التقييم الذاتى يتأثر بشكل غير مبرر بوزن وبشكل الجسم .

هـ – لا يظهر الإضطراب بشكل خاص خلال نوبات فقدان الشهية العصبى .

تحديد النمط :

– **نمط القئ :** يزاول الفرد وبشكل منتظم التقيؤ المتعمد ، أو سوء استعمال الملينات ، أو تناول الأدوية المدرة للبول .

– **نمط دون قئ :** حيث يزاول الشخص أنواعا من السلوك التعويضى من قبيل: الصيام ، الرياضة العنيفة ، ولكنه لايزاول التقيؤ المتعمد أو يسئ إستعمال الملينات أو الأدوية المدرة للبول .

(APA. , 2000)

أى إن الشره العصبى يتسم على الأقل بثلاث خصائص اكلينيكية هى :

١ – الإفراط فى الأكل والشرب (أى تناول الطعام وبكميات كبيرة فى وقت أقل مقارنة بغيره من الأفراد) .

٢ – محاولة الرجوع المنتظم إلى إتباع طرق للتأثير على الوزن والشكل مثل : تعمد القئ أو إستخدام الملينات ، أو الصوم ، أو ممارسة الرياضة المتطرفة العنيفة .

٣ – التقييم الذاتى والذى يتأثر بشكل غير مبرر بشكل ووزن الجسم .

(تيرنيس ويلون ، كاتلين بابك ، ٢٠٠٢ ، ٦٦٢)

أنواع الشره العصبى : وينقسم إلى :

١ – **النوع الشره :** أثناء حالات الشره قد يرغم الشخص المضطرب نفسه على التقيؤ أو يفرط فى إساءة إستخدام الملينات .

٢ – **النوع غير الشره :** حيث يبالغ فى السلوك التعويضى من قبيل اللجوء إلى الإمتناع عن تناول الطعام لفترات (الصيام) أو يجبر نفسه على ممارسة الرياضة العنيفة .

مظاهر وأعراض الشره العصبى :

تستطيع تلخيص هذه المظاهر والأعراض والتى تتباين وفقا لما يلى :

١ – الوقت الذى قضته المريضة التى تعانى من هذا الإضطراب من معاناة الشره (إدمان المرض) .

٢ – قدرة الجسم على تحمل الخلل أو إنعدام التوازن الكيميائى فيه .

٣ – تكرار وإنتظام عملية الشراهه والتقيؤ .

٤ – نوعية الطعام الذى يتم تناوله خلال نوبة الشراهة والتقيؤ .

٥ – الإنشغال الدائم والتفكير المستمر (الذى يقترب من القهر) فى الأكل ، ونهم لا يقاوم إلى تناول الطعام .

٦ – تكرار نوبات التهام الأكل بشراهة .

٧ - الأكل فترات متقطعة من الوقت (مثلا خلال ساعتين) مع تناول كمية من الطعام قطعا تكون أكبر من التى يتناولها أغلب الناس خلال هذه الفترة وفى نفس هذه الظروف .

٨ - الإحساس بصعوبة التحكم فى الأكل أثناء النوبة .

٩ - محاولات من الشخص فى التحكم لزيادة الوزن المترتب على تناول الطعام بواحدا أو أكثر من الأساليب التالية :

- تعمد القئ .
- سوء إستخدام الملينات .
- سوء إستخدام مدرات البول .
- الصيام .
- التمرينات الرياضية المفرطة .

١٠ - بعض مرضى الشره يكونوا ضمن معدل الوزن الطبيعى ، والبعض الآخر يكون ما فوق الوزن أو ما تحت الوزن .

١١ - يحدث أكل بشراهة بمتوسط مرتين فى الأسبوع على الأقل ولمدة ثلاثة أشهر.

١٢ - إنقطاع الدورة الشهرية لدى الإناث أو عدم إنتظامها فترة لا تقل عن ثلاثة أشهر .

(زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ص : ٤٠ - ٤١)

العلاقة بين إضطرابات الأكل والإضطرابات النفسية الأخرى :

تتداخل العديد من محكات التشخيص فى إضطرابات الأكل خاصة إضطرابى الشره وفقدان (الشهية العصبى) مع العديد من الإضطرابات الأخرى مثل :

أولا : إضطرابات الطعام والإضطراب الوجدانى :

أحيانا ما تتداخل محكات تشخيص إضطراب الطعام مع محكات تشخيص الإضطراب الوجدانى Affective Disorder وبخاصة الإكتئاب ، حيث أثبتت العديد من الدراسات والملاحظات أرتباط (فقدان الشهية العصبى - كمثال) مع إضطراب الإكتئاب من خلال الملاحظات الآتية :

١ - كثير من مرضى فقدان الشهية يكشفون عن أعراض إكتئابية .

٢ - كثير من مرضى فقدان الشهية يظهرون أعراض إكتئابية عند تتبع حالاتهم .

٣ - يحدث الإكتئاب بتكرار أكبر من المتوقع فى أعضاء أسرة مريض فقدان الشهية العصبى وبخاصة الأم .

٤ - كثير من مرضى فقدان الشهية العصبى يستجيبون للعقارات المضادة للإكتئاب .

٥ - هناك ملامح كثيرة مشتركة بين مرض فقدان الشهية العصبى والإكتئاب مثل : إضطراب النوم ، فقدان الوزن ، تناقص الدافع الجنسى ، توقف الحيض لدى الإناث ، الإضطراب المعرفى ، إنخفاض تقدير الذات .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ١٠٣)

فى حين أظهرت بعض الدراسات التى تناولت الأشخاص الذين يعانون من إضطراب الشره وجود علاقة تشخيصية ما بين الشره العصبى وإضطراب المزاج الدورى (إكتئاب - هوس) ، وكذا الإكتئاب الجسيم ، أو المعاناة من إضطراب ، أو أكثر من إضطرابات القلق (خاصة حفلات أغتراف الطعام ، تناول كميات أكبر من المعتاد .. الخ أو اللجوء إلى تناول الطعام بهذه الدرجة من الشراهة قد يعكس إحساسا بالرغبة فى الشعور بالامانة ، أو قد يعكس - على المستوى اللاشعورى - رغبة فى الإنتقام والتدمير للذات .

(Wilson, 1993)

ثانيا : إضطرابات الطعام وعلاقتها بإضطراب الوسواس القهرى :

العلاقة ما بين فقدان الشهية والوسواس القهرى واضحه من خلال سيطرة فكرة معينة على عقل المريض تسيطر على كثير من سلوكه (إنقاص الوزن) فيحاول المريض أن يزيد من نحافته فيدخل الدائرة المغلقة الآتية :

- فكرة وسواسية مسيطرة تهيب بالمريض أن ينقص من وزنه .
- تأكد المريض من تفاهة هذه الفكرة ‹
- عدم القدرة على التخلص من إستحواذ هذه الفكرة عليه .
- شعور بالقلق الشديد إذا لم ينفذ ما تأمر به الفكرة .
- الإنصياع لهذه الفكرة طوعا أو كرها .
- مزيد من السيطرة على الفكرة ومزيد من إنقاص الوزن .

(أحمد عبد الخالق ١٩٩٧ ، ١٠٨)

أما عن العلاقة ما بين الوسواس القهرى وزيادة الشهية العصبى فقد أثبتت العديد من الدراسات وجود علاقة أكيده ما بين محكات التشخيص الوسواسى القهرى ، ومحكات تشخيص زيادة الشهية العصبى فعلى سبيل المثال وجد تامبلر وزملاؤه فى دراسة لهم ضمن ٢٥١ مريض مصابون بإضطراب الشهية العصبى ، وجدوا أن ٣٣٪ منهم تنطبق عليهم المحكات التشخيصية لإضطراب الوسواس القهرى .

(Templan , et al, 1993)

حيث تسيطر على المريض بالمصاب (بالشره) أنه قد (أسرف) فى تناول كميات من الطعام تفوق إحتياجات جسمه ، ولذا فأنه يقوم بالعديد من السلوكيات القهرية فى محاولة (لعدم إستفادة الجسم من الطعام) بداية من التقيؤ المتعمد بعد تناول الأكل على الأقل بساعة) مع أخذ العديد من الملينات .. الخ ‹

(Formea & Borns, 1995)

ثالثا : إضطرابات الطعام والمخاوف المرضية (الفوبيا) :

حيث توصلت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة ما بين المحكات التشخيصية لإضطرابات الطعام وبين محكات تشخيص الفوبيا ، فعلى سبيل المثال وجدت العديد من الدراسات وجود المحكات التشخيصية لدى الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبى مع المحكات التشخيصية لإضطراب الفوبيا أى الخوف غير المنطقى من موضوع معين (والموضوع هنا وهو الطعام وتأثيره على الجسم) ولذا لا مانع فى أن يتناول كميات كبيرة من الطعام حفلات الالتهام ثم القيام بسلوكيات تهدف إلى (تقليل فاعلية وقيمة السعرات الحرارية لما تناوله من طعام خوفا من اشياء كثيره مرتبطة بتناول الطعام سواء أكانت شعورية أو لا شعورية لدى المريض .

(Spiser. et al, 1992)

رابعا : إضطرابات الطعام والهستيريا :

حيث توصلت العديد من الملاحظات ، والتى تمتد إلى وقت مبكر وتحديدا فى عام ١٨٩٥ ، إلى إدراك طبيعة العلاقة ما بين إضطرابات الطعام (بشقيها الفقدان والشره) وبين إضطراب الهستيريا ، حيث يرتبط فقدان الشهية العصبى كمثال بفقدان الشعور بالجوع والحذر ، والطعم الغريب فى الفم واللسان والحلق ، والنشاط الزائد دون شعور بالتعب ، مما يشير الى وجود تداخل ما بين إضطراب فقدان الشهيه العصبى والهستيريا ، ليس فقط فى المحكات التشخيصية بل فى العديد من الخصائص والسمات الشخصية مثل :

- عدم النضج الإنفعالى .
- الانبساط .
- الإجتماعية وحب الإختلاط .
- القابلية المرتفعة للإيحاء .
- عدم التحكم فى الإنفعالات .
- القلق والتوتر .
- الأنانية وحب الذات .
- محاولة جذب إنتباه الآخرين .
- إنفصال الشخصية .
- التصرفات الغريبة .
- الإغماء أو الغيبوبة .
- الغثيان أو القئ .
- فقدان الشهية العصبى .
- المشي أثناء النوم .
- الحمل الكاذب .

(أحمد عبد الخالق ،١٩٩٧ ، ص ١١٠ – ١١٣)

خامسا : إضطرابات الطعام والفصام :

هناك علاقة تداخل ما بين إضطرابات الطعام وإضطراب الفصام ، حيث أفترض الباحثين – فى وقت مبكر – إن فقدان الشهية العصبى – كمثال – شكل من أشكال الفصام أو أن الإضطرابين يرتبطان معا ، وكان هذا الأفتراض يتكأ على فكرة مسلمة أساسها: أن المرضى الذهانيين بصفة عامة تنتشر بينهم الضلالات أو الهذاءات، والتى قد تدور حول الطعام (بداية من أنه مسموم أو سوف يدمر خلايا الجسم إلى فكرة إن الطعام هام جدا لحمايته من الأعداء ، ولذا فأن الضلالات ومحتواها لدى مرضى الذهان بصفة عامة ، والفصام (بكافة تشخيصاته بصفة خاصة) يدور حول الطعام (سواء أكان ذلك يؤدى إلى الإمتناع عن تناول الطعام إلى الدرجة التى تستدعى التدخل العلاجى لذلك وإرغام المريض على تناول الطعام إبقاءا على حياته أو الشره للطعام إلى درجة تفوق قدراته وإمكانياته وإحتياجاته الجسمية عن التحمل) .

(Dacosta Halmi, 1992)

وهكذا تتداخل محكات تشخيص إضطرابات الاكل مع العديد من محكات تشخيص بعض الإضطرابات النفسية والعقلية .

أسباب إضطرابات الأكل :

تعددت الإجتهادات والتفسيرات حول هذا الإضطراب ويمكن حصر هذه الإجتهادات فى العوامل والأسباب الآتية :

أولا : العوامل الوراثية والعضوية : وقد تم دراسة هذا الجانب من خلال طرق متعددة مثل : دراسات التوائم أو الأقارب المقربين للمريض بالمقارنة بالجمهور العام ، وكذا الأخوة (سواء أكانت صنوية أم غير ذلك) وذلك لإثبات مدى تأثير الوراثة فى أفراد يفترض أنهم يشتركون تقريبا فى نفس الخصائص الآتية :

وقد توصلت هذه الدراسات إلى المؤشرات الآتية :

- إن مرضى فقدان الشهية العصبى – كمثال – ينتشر بمقدار ثمانى مرات بين الأقارب المقربين للمرضى بالمقارنة إلى الجمهور العام .

- أن أخوات المرضى الذين اشتد لديهم فقدان الشهية العصبى نسبتهم من ٦ – ١٠ ٪ كانوا يعانون من هذه الحالة ، وتقابل هذه النسبة نسبة ١ – ٢ ٪ الموجودة فى الجمهور العام فى العمر نفسه إلا إن تفسير هذه الزيادة قد يعود إما إلى بيئة الأسرة أو تأثيرات التوائم .

- اثبتت دراسات التوائم – كمثال - صحة تأثير عامل الوراثة ، حيث أثبتت العديد من الدراسات وجود عامل وراثى يكمن وراء إضطراب فقدان الشهية العصبى ودفع ذلك العلماء إلى البحث عن الاساس الفسيولوجى (فى وظائف أعضاء الجسم) المسؤل عن هذا العامل الوراثى .

- أثبتت الأبحاث وجود إضطراب أولى لوظيفة ما تحت المهاد ، إضافة إلى وجود شذوذ أولى فى منطقتى ما تحت المهاد والنخامية ، وكذا فى الغدد وعمليات الايض ، ونواحى شذوذ كيميائى عصبية عديدة لحالات إضطراب فقدان الشهية العصبى .

لكن القضية التى تواجه العلماء فى هذا الجانب هو كيفية عزل ومعرفة تأثير العامل الوراثى فى حد ذاته وبشرط أن يكونغير متداخل عن تأثير العامل البيئى .

(أحمد عبد الخالق ،١٩٩٧ ، ١٢٩ – ١٣٢)

– عدم ممارسة التمرينات الرياضية .

(زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ٣٤)

– أما عن العوامل النفسية فكثيره مثل الخوف (من شئ محدد أو غير محدد) ، أو الشعور بالإحباط ، الشعور بالذنب نتيجة الشعور بالعدوانية (إتجاه فرد ما من الأسرة أو خاجها) إضافة إلى الإنشغال الزائد بصورة الجسم والخوف من أن يصبح الفرد بدينا، أو التقييم الزائد لحجم الجسم الفعلى والضغوط الإجتماعية نحو النحافة ، وزيادة الحساسية نحو كيف يدرى الآخرون المصابين بالشره العصبى .

– كما أن بعض المحللين النفسيين قد فسروا إضطرابات الأكل على أنها تحدث بصفة عامة لدى الأفراد الذين يخافون الجنس أو الذين يعادلون رمزيا بين الجنس والأكل أو أن فقدان الشهية هو وسيلة رمزية لتجنب الحمل ، ويحدث الأكل بشراهة حين لا تستطيع الحفزات الجنسية المكبوته أن تعبر عن نفسها .

(أولتماز وآخرون ، ٢٠٠٠ ، وص ٣٦٥ – ٣٦٦)

– ولعل (هيلدا بروش) رائدة فى مجال إضطرابات الأكل وعلاجها قد وضعت العديد من التفسيرات النفسية لهذا الإضطراب ، حيث فسرت هذا الإضطراب عند مريض فقدان الشهية العصبى – كمثال – بأنه عبارة عن تفاعل عدد معين من العوامل مثل: نقص فى مفهوم الذات ، الخوف من الخواء أو السواء الداخلى إضافة إلى قيام المريض بتزييف سلوكه عن طريق العديد من ميكانيزمات الدفاع ، أو الإدراك الخاطئ للكثير من الوقائع .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ١٣٨ – ١٣٩)

ثانيا : الأسباب النفسية والإجتماعية : تتعدد هذه العوامل مثل :

– الحث الإعلامى فى العديد من الحضارات (خاصة الحضارة الغربية) على ضرورة النحافة والرشاقة (وهذا يؤكد دور العوامل الإجتماعية) .

– إن المستوى الإجتماعى والظروف البيئية والإقتصادية تلعب دورا هاما فى إصابة الشخص (بفقدان الشهية العصبى أو بالبدانة) حيث تلعب (الأموال ووفرتها أدوارا فى ذلك أى فى شراء الأطعمة وبكميات قد تفوق ما يحتاجه الفرد) .

(Martin. et al, 1993 . PP. 76 - 92)

– إضافة إلى العديد من العادات السلوكية والجسمية عن الصحيحة مثل :

* هناك بعض الحالات التى تعانى من عسر فى عملية البلع (حتى وإن كان

عسر البلع يأخذ طابعا نفسيا) .

* إن المصابين بإضطرابات في القدرة على الحركة وكذلك ذوى الإعاقات المختلفة قد يصابون بإضطرابات فى الأكل .

* كثرة الولائم وتكرار تناول الأكل بدون نظام متبع فى الأسرة .

* جعل تناول الأكل مكافأة لسلوك معين يصدر عن الفرد .

* إستخدام وسائل التسلية والمشروبات بين الوجبات الأساسية قد تزيد من رغبة الأكل وقد تقلل منها بشكل زائد .

* عدم وجود رقابة ومتابعة للأطفال من قبل الوالدين .

* كثرة حضور الحفلات والأفراح التى يكثر فيها تناول الأكل .

* إعطاء الحرية للطفل لتناول ما يريد من طعام فى أى وقت .

* تناول إدوية وملينات .

علاج إضطرابات الأكل :

توجد العديد من الإجتهادات العلاجية فى هذا الصدد مثل :

أولا : العلاج بالعقاقير :

فى علاج فقدان الشهية العصبى تستخدم العديد من العقاقير حيث يفضل البعض إستخدام دواء الكلوربردمازين chlorproma فإن أخرين يفضلون مضادات الإكتئاب ، كما يجب مراعاة أن تعطى جرعات مخفضة ابتداء نظرا للإنخفاض المفرط فى وزن المريض . كما يمكن أن يتم اللجوء إلى التغذية عن طريق الأنبوب ، ولكن من الممكن إعطاء المريض ثلاثة الآف سعره حرارية يوميا وذلك بواسطة أنبوب أنفى معدى طبق حدثا قدرا أقل من المشقة مقارنة بالرعب الناتج عن التغذية الأنبوبية التى كانت تستخدم فى الماضى .

(جيمس ويلس ، جون ماركس ، ١٩٩٩ ، ٢٢٤ – ٢٢٥)

كما تقتضى بعض العلامات إدخال المريض (خاصة مريض فقدان الشهية العصبى) المستشفى إذا توافر مؤشر أو أكثر من هذه المؤشرات :

١ – فقدان الوزن أكثر من ٣٠ ٪ لمدة تزيد على ثلاثة أشهر .

٢ – بطء القلب Bradycrdiy (نبض أقل من / ٤٠ دقيقة .

٣ – درجة حرارة أقل من ٣٦° درجة (سنتجراد)

٤ – إنخفاض ضغط الدم Hypotesion (ضغط دم إنقباضى أقل من ٧٠) .

٥ - نسبة البوتاسيوم فى الدم أقل من ٢ر٥ .

٦ - أكتئاب حـاد .

٧ - إسـهال شديد .

٨ - الفشل فى تنفيذ إتفاق الإحتفاظ بالوزن فى العيادات الخارجية .

٩ - تشخيص فارق معقد .

١٠ - اذهان أو المرض العقلى .

١١ - حدوث كارثة أسرية .

١٢ - ضرورة مواجهة إنكار الفرد أو الأسرة للحال برغم تدهورها .

١٣ - ضرورة البدء فى علاج فردى أو أسرى بالأدوية تحت إشراف طبى ونفسى مستمر .

١٤ - زيادة إحتمال حدوث الإنتحار .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ١٦٥ - ١٦٦)

ثانيا : العلاجات النفسية :

أ - العلاج بالتحليل النفسى :

عن طريق فهم الدوافع اللاشعورية ، تفسير الحيل الدفاعية ، الرغبات العدوانية الكامنة داخل الفرد والتى تقود بدورها أما إلى العدوان تجاه الجسم عن طريق تناول كميات كبيرة من الطعام وكأنه ينتحر بمزيد من الأكل ، أو الإمتناع تماما عن الأكل وكلا الموقفين - عدم الأكل أو الشره - عدوان يصبه الفرد ويوجهه تجاه الذات) إضافة إلى إختلال إدراك صوة الجسم . وفى كل الأحوال فأن الكثير من المعالجين لحالات إضطراب الأكل يلفتون النظر ويؤكدون من خلال الخبرة على ضرورة تعديل طريقة التحليل النفسي الكلاسيكى فى العلاج ، وإن الحالة وتاريخها أو نوع الإضطراب وطبيعة البيئة أو الأسرة التى يتواجد فيها الشخص لابد من أخذ كل هذه العوامل وغيرها فى الإعتبار .

(Kaplan , et. al , 1994)

٥ - العلاجات السلوكية والمعرفية :

من المعروف إن العلاجات السلوكية تركز على الأعراض دون بحث الأسباب (سواء القريبة أو البعيدة) والتى تكمن خلف سلوك الإضطراب ولذا تعدد الوسائل والفينات السلوكية مثل :

١ - الإشراط المضاد .

٢ - التحصين التدريجى : من خلال التدريب على إتقان الأساليب الآتية :

- استجابات الأسترخاء .
- توكيد الذات .
- كيفية التعامل مع القلق .
- التخيل الإيجابى .
- وأخيرا توجد العديد من الأستراتيجيات التى شرحت وبالتفصيل ومن خلال نماذج معينة لكيفية التعامل مع هذا الإضطراب .

(تيرنس ولسون ، كاتلين بايك ، ٢٠٠٢ ، ٦٦١ - ٨٥٨)

- وكان العلاج السلوكى المعرفى هو أنجح طرق العلاج المستخدمة مع حالات فقدان الشهية وقد إستخدمه وفضله العديد من الدارسين ، والذين ستخدموا كل من :

العلاج السلوكى المعرفى التجريبى المعتمد على الإكتشاف الفردى ، والعلاج النفسى والعلاج السلوكى المعرفى ، والعلاج السلوكى الأسرى ، والعلاج السلوكى الفردى ، وقد نجحت كل هذه الأساليب العلاجية فى تصحيح العديد من الأفكار الخاطئة لدى ذويإضطراب فقدان الشهية العصبى ، وفى خفض الصراع بين المريض ووالديه ، وخفض معدل التواصل السلبى بين المريض وأسرته ، والتحسن فى سلوك تتناول الأكل ، وتعديل تشوه صورة الجسم ، وخفض التوتر الإنفعالى العاطفى ، والرضا عن الذات لدى هذه الحالات المضطربة .

(زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ٥١)

مسار ومآل إضطرابات الأكل :

يتحدد المسار والمآل من خلال عدد معين من المحكات تتلخص فى :

- إن إضطرابات الأكل تتخذ خطا مزمنا على المدى الطويل وإن ١٨ ٪ من المرضى يموتون (من مضطربى فقدان الشهية العصبى) .
- فى حين ذكرت دراسة أخرى إن نسبة الموت تصل إلى ١٥ ٪ تقريبا وإن المرضى يتحول إلى درجة مزمنة فى ٥٠ ٪ من الحالات.
- ومن خلال إستعراض شامل لخمس عشرة سلسلة من الدراسات (ومع مايزيد عن ٢٠ عاما من المتابعة) وجد إن ٥ ٪ فقط هم الذين يتوفون مما يشير إلى وجود تحسن .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ١٢٣ - ١٢٦)

والمهم إن المآل الجيد أو السئ يتوقف على مجموعة من العوامل لابد من أخذها فى الإعتبار عند التقييم ، وعند خطة - أو خطط - للعلاج (بمختلف مسمياته وتنوعاته وبما يتفق مع الإضطراب الذى يعانى منه الشخص) .

المراجـــع

١ - أحمد عبد الخالق (١٩٩٧) ، **فقدان الشهية العصبى** ، الكويت ، مؤسسة الكويت للتقدم العلمى - إدارة التأليف والترجمة والنشر .

٢ - أحمد عبد الخالق (١٩٩٤) ، **الدراسة التطورية للقلق** ، الكويت ، حولية - كلية الآداب ، جامعة الكويت .

٣ - أحمد عكاشة (١٩٩٨) ، **الطب النفسى المعاصر** ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

٤ - اولتمانز نيل ، دافيسون (٢٠٠٠) ، **دراسات حالة فى علم النفس المرضى** ، ترجمة رزق سند ، تقديم لويس مليكة ، القاهرة ، دار حكيم للطباعة .

٥ - تيزنس ويلسون ، كاثلين بايك (٢٠٠٢) ، **إضطرابات الأكل** ، ترجمة حصة عبد الرحمن الناصر فى كتاب : مرجع آكلينيكى فى الإضطرابات النفسية - دليل علاجى وتفصيلى تحريره ديفيد هو بارلر ، إشرف على الترجمة والمراجعة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ص ص ٦٥٩ - ٧٤٨ .

٦ - جين واردل (٢٠٠٠) ، **فحص إضطرابات الأكل والوزن فى كتاب** : مرجع فى علم النفس الاكلينيكى للراشدين ، تحرير س. ليندراى ، ج بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ص ص ٢٩٥ - ٦١٨ .

٧ - جين واردل (٢٠٠٠) ، **علاج إضطرابات الأكل والوزن فى كتاب** : مرجع فى علم النفس الاكلينيكى للراشدين ، تحرير س. ليندزاى ، . ج. بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ٦١٩ - ٦٤٨ .

٨ - جيمس ويليس ، جون ماركس (١٤٢٠ هـ) ، **الطب النفسى المبسط ، السعودية**، جامعة الملك سعود ، النشر العلمى والمطابع .

9 - American psychiatyic Association (2000) **Diagnostic and Statisical Manual of Mental disorders,** 4 th, ed . washington. DC : Author

10 - Dacosta, M. & Halmi,K. (1992) . **classifcation of anorexia nervosia : question of subtypes. international,** Journal of Eating Disorders, vol (11) . PP. 305 - 314.

11 - Eagles, J. et al . 1990) **Acomparison of anorxia nervosa and affective Psychosis in young feales**. Psychlogic al Medicine, vol (20) PP. 119 - 123.

12 - Formea, G., ap Burns, G. (1995) **Relation between the syndroms of bulimia nervosa and obsessive compulsive disrder.** Journal of Psycho Pathologg ap bohaviorol assess ment , ual (17) , PP. 167 - 176.

13 - Kaplan, H. , sadock, B. & Grebb,J. (1994) . **Kaplan & sadock's synopsis of Psychiatry, behavioral sciences, clinical Psychiatry. Baltimorei** williams & wilkins, 7 th. ed.

14 - Kaplan, H., & sadock, B, (1996) . **Pocket Hand book of clinical Psychiatry,** Lo ndon, williams ap wilkins, second edition

15 - Martin, D., torner, c. ap lang, B. (1993) . **clinical laboratory aspects of ealting disordrs. in Giannini, A. ap slaby,** A. (Eds.) the eating disorders , new york springer . vorlage.

16 - spi2er, R. Devlin, M., walsh. B, et. ap (1992) **Bing eating dislderi tobe of notto beim DSM - IV imternational, Journal** of eating disorders , vol (10) . PP. 627 - 630 .

17 - temper, D. , spencer, D, ap Hartlage, (1993) **Biosocial psychopatholigy : Epidmiologicul Perspective** . Newyork : springer.

18 - wilson, G (1993) . **psychologic al An evaluation of the eating Disorder Examination. imternational,** Journal of eating disordors. vol(8) , PP. 173 - 179.

الفصل العاشر

إضطرابات النوم
Sleep Disorders

محتويات الفصل

إضطرابات النـوم
Sieep Disor Ders

مقـدمـة :

شغل موضوع النوم وإضطراباته أذهان كثير من الرجال والنساء والمفكرين منذ أكثر من ألفى عام إلى الدرجة التى خصص فيها اليونانيون القدامى إلها للنوم هو «هبنوس » Hopnos توأم الموت . ولكن البحث العلمى الجاد فى موضوع النوم ، لم يظهر بجلاء الآ منذ حوالى أربعين عاما ، حيث شغل مزيدا من الإهتمام فى الوقت الراهن .

(أحمد عبد الخالق ، مايسه النيال ، ١٩٩٢ ، ص ٣٤)

وبائيات إضطرابات النوم :

توصلت الدراسات الوبائية إلى الخطوط الرئيسية الآتية :

- إن معدلات إنتشار مشكلات النوم أكثر إنتشارا مما نتوقع . ففى ولاية فلوريدا بأمريكا توصلت أحدى الدراسات إلى أن ٢٥ ٪ من إفراد عينه الدراسة (وذلك فى عينة مكونة من ١١٣ مفحوصا) يعانون من الأرق .
- وفى ولاية لوس أنجلوس أرتفعت النسبة إلى ٤٢ ٪
- وفى شمال النرويج وجد إن ٤٢ ٪ من النساء ، ٣٠ ٪ من الذكور يعانون من الأرق بصفة عامة وذلك فى عينة مؤلفة من ١٥٦ مفحوصاً .
- وفى السويد وجد إن ١٤ ٪ يعانون من الأرق ، و ١٧ ٪ من فرط النوم ، و ١٦ ٪ من الشخير .
- وفى سويسرا وجد إن ٥٠ ٪ من الراشدين لديهم شكوى من الأرق ، و ٧ ٪ من الذكور ، ١٢ ٪ من الإناث يعانون من أكثر من نوع من مشكلات النوم بصفة دائمة .
- كما وجد إنتشار الأرق لدى عينة من اليابانيات بنسبة ٢ر١١ ٪ وذكرت ١٦٨ ٪ من العينة أنهن يستخدمن بصفة دائمة العقاقير المنومة خلاصا من الأرق .

وفى بريطانيا فى إستفتاء شمل (٢٥) الف شخص قررت نسبة تقدر بحوالى

٢٥ ٪ إنها مشت خلال النوم مرة أو أكثر فى حياتهم .

– كما تنتشر مشاكل النوم الأخرى بنسبة ٤٠ ٪ لدى الأطفال فيما بين ١ – ١٢ عاماً وبنسبة ٥ر٢ ٪ لدى الراشدين .

– كما توصلت بعض الدراسات الأخرى إلى إنتشار العديد من مشكلات النوم مثل :

توقف التنفس أثناء النوم وعلاقة ذلك بالسمنة أو إضطراب إيقاع النوم وعلاقتها بتغير نوبات العمل ، والفزع والكوابيس والشخير وبنسب عالية لدى المسنين والمسنات ، فوق سن (٦٥) عاما .

– وفى واقعنا المصرى وجدت دراسة خالد عبد الغنى (١٩٩٨) شيوع مشكلات النوم لدى الراشدين والمسنين ، حيث بلغ الأرق الخفيف نسبة ٥٥ ٪ والمتوسط ٤١ ٪ ، والشديد ٥ر٤ ٪ ، فى حين وصل الأرق الخفيف إلى ٤٣ ٪ ، والمتوسط ٥٤ ٪ والشديد ٣ ٪ عند الراشدين • على عينة مكونة من ٣٨٨) منهم ١٤٤ من الذكور ، و ١٤٤ من الإناث وعينة من المسنين (بلغت ١٠٠ مسن) .

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٢ ، ٦٧ – ٦٨)

تعريف إضطرابات النوم :

ونقصد بها معاناة الفرد من إضطرابات أو أكثر من إضطرابات النوم ، كما ذكرت فى الدليل الإحصائى والتشخيص الرابع (DSM IV. 2000) ، وأن هذه المعاناه متكررة وتقود إلى إحداث خلل فى وظائف الفرد الحياتية :

تصنيف إضطرابات النوم وفق الدليل التشخيصى والإخصائى الرابع :

يقسم تصنيف إضطرابات النوم فى فئة مستقلة تحمل هذا العنوان ، وتنقسم إلى ثلاثة أقسام رئيسية :

الأول : إضطرابات النوم الأولية : prim qaryslseep disorders .

وتنقسم بدورها إلى :

أ – الأرق الأولى : primary isomnia

ب – إضطراب فرط النوم الأولى primary hypersomnia

جـ – غفوات النوم المفاجئة Narcolepsy

د – إضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس

Breathins - Relatedslee pdisorders

هـ إضطرابات النوم غير المصنفة فى مكان آخر .

الثانى : إضطرابات النوم الثانوية parasmnias وتشمل بدورها :

أ - إضطرابات الكوابيس الليلية nightmare Disorder

ب - إضطراب الفزع أثناء النوم sleep error disorder

هـ - إضطراب المشى أثناء النوم sleopwalking disorder

د - إضطرابات النوم الثانوية غير المصنفة فى مكان آخر

والقسم الثانى من إضطرابات النوم : يضم إضطرابات النوم المرتبطة بإضطراب نفسى أخر سواء كانت هذه الإضطرابات فى صورة أرق وفرط نوم .

القسم الثالث : ويضم إضطرابات النوم الآخر وهى التى ترجع إلى حالة عضوية / طبية عامة سواء كانت فى صورة أرق ، أو فرط نوم ، أو إضطراب نوم ثانوى ، أو نوع مختلط ، أو تلك المرتبطة يتعاطى عقاقير معينة .

(APA. , 2000)

وفيما يلى وصفا تفصيليا للتفصيل قى بعض فئات إضطرابات النوم :

أولا : إضطرابات النوم الأولية

أ - الأرق :

١ - **تعريفه :** هو حالة عدم إكتفاء كمى أو كيفى من النوم تستمر لفترة لابأس بها من الوقت ، ويعد الأرق من أكثر الشكاوى إنتشارا بين مصابى الأرق ، ويميل الأرق إلى أن يكون أكثر شيوعا عند النساء والأولاد ، كبار السن والأشخاص المضطربين نفسيا ، إذ فى أوضاع غير مواتية إجتماعيا وإقتصاديا ، وعندما تتكرر خبرة الأرق فأنها تؤدى إلى خوف متزايد من عدم النوم والإنشغال بتبعاته مما يخلق دائرة خبيثة تفاقم من مشكلة المرض .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥١٢ - ٥١٣)

٢ - المحكات التشخيصية لإضطراب الأرق طبقا للدليل التشخيصى والأحصائى الرابع :

يشخص الإضطراب الأولى للأرق إذا توافرت المحكات الآتية :

أ - الشكوى المستمرة والبارزة من صعوبة الدخول فى النوم ، أو الإستمرار فيه أو النوم غير المريح لمدة شهر على الأقل .

ب - يسبب الأرق كربا distress وضغطا اكلينيكيا جوهريا أو يؤدى إلى خلل فى إداء الفرد (وكفاءته) الإجتماعية أو المهنية أو مجالات أخرى من التفاعل.

جـ - لا تحدث إضطرابات النوم الشديدة أثناء مسار غفوات النوم المفاجئة ، وإضطراب النوم المرتبط بالتنفس ، وإضطراب جدول النوم واليقظة ، أو إضطرابات النوم الثانوية .

د - لا تحدث صعوبات النوم بشدة أثناء مسار إضطراب نفسى آخر (خاصة إضطراب الإكتئاب أو إضطرابات القلق العام ، أو إضطراب الهذيان كمؤثر للإصابة بأحد الإضطرابات الذهنية) .

هـ - لا يرجع هذا الإضطراب إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة تعاطى مواد (تعاطى مادة مخدرة) أو (أدوية نفسية) أو أى حالة طبية أخرى .

(APA. , 2000)

٣ - **المتغيرات التى من الممكن أن تؤثر فى الأرق :** تم تحديد مجموعة من المتغيرات يمكن أن تؤثر فى الأرق كالآتى :

- زيادة تعاطى الكافيين (مثل القهوة والشاى) .
- إستخدام المنومات ، التحمل الناتج عن إستمرار الإستخدام (إسبوعين أو أكثر) .
- التوقف عن أنشطة وقت النوم غير الملائمة (القراءة فى السرير ، الإنشغال بالإعداد لليوم التالى) .
- الأكلات الثقيلة قبل الدخول إلى النوم بوقت قصير .
- الإنشغال (خاصة الإنشغال بفكرة عدم القدرة على النوم كمثال) .
- القلق المزمن من خلال النهار .
- التنبيهات الحسية غير المتوقعة (الضوضاء – الإضاءة مثلا) .
- المؤشرات ذات الدلالة (صياح طفل مثلا) .
- إضطراب النشاط ودورة الراحة .
- التنبيهات الحسية الشديدة (الحرارة أو الرطوبة المرتفعة مثلا) .
- زيادة النوم خلال النهار .
- مشكلات صحية جسمية مزمنة .

- الحاجة المتكررة للتبول .
- الاثار الجانبية لأدوية الأمراض المزمنة .
- مشكلات سيكاترية (الإكتئاب) .
- مشكلات التنفس (الإختناق الليلى مثلا) .
- الضغوط النهارية .
- الذعر الليلى .

(ليندساى ، جاهنشاهى ، ٢٠٠٠ ، ٦٩٤ – ٩٦٥)

ب – فرط النوم Hypesomnia

١ – **تعريفـه :** هو حاله من النعاس الشديد خلال النهار مع نوبات من النوم أو إستغراق فترة طويلة للإنتقال إلى حالة اليقظة الكاملة عند الإستيقاظ فى غياب عامل عضوى يفسر حدوث فرط النوم ، وغالبا ما تكون الحالة مصحوبة بإضطرابات عقلية، وكثيرا ما تكون فى الواقع عرضا لإضطراب وجدانى ثنائى القطب (أثناء الإكتئاب)، أو إضطراب أكتئابى متكرر ، أو نوبة إكتئابية ،

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥١٤)

٢ – المعايير التشخيصية لإضطراب فرط النوم وفق الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

يشخص هذا الإضطراب وفقا للمعايير الآتية :

أ – الشكوى الواضحة من فرط النوم لمدة شهر على الأقل (أو فترات قد تكون أقل أو أكثر طولا وتكرارا) ويأخذ شكل نوبات متواصلة أو نوبات النوم النهارى التى تحدث يوميا .

ب – يسبب فرط النوم كربا إكلينيكيا جوهريا أو خللا فى الاداء الإجتماعى أو المهنى الوظيفى أو أى مجالات أخرى هامة تتأثر بالأداء .

جـ – لا يتم تفسير إضطراب فرط النوم بواسطة الأرق أو لا يحدث أثناء حدوث أى إضطراب آخر من إضطرابات النوم (مثل : غفوات النوم المفاجئة ، إضطراب النوم المرتبطة بالتنفس ، إضطراب جدول النوم واليقظة ، إو أى نوع من أنواع إضطرابات النوم الثانوية) .

د – لا يحدث الإضطراب أثناء مسار إضطراب نفسى آخر .

هـ - لا يرجع الإضطراب إلى أى عوامل أخرى خارجية أو فسيولوجية مثل (تعاطى المخدرات) أو تناول أى أدوية نفسية ، أو أى حالة طبية عامة .

(APA. , 2000)

جـ - إضطراب مواعيد النوم واليقظة :

Disorder of the sleep wake sche dule

أ - التعريف :

يعرف إضطراب موعد النوم واليقظة بأنه فقدان للتزامن بين برنامج الفرد فى النوم واليقظة ، وبين برنامج النوم واليقظة المرغوب فيه من قبل محيط الفرد مما يترتب عليه شكوى إما من الأرق أو من فرط النوم . وقد يكون هذا الإضطراب نفسى المنشأ أو قد يكون له مصدر عضوى مفترض تبعا للمساهمة النسبية للعوامل النفسية أو للعضوية فى أحداثه .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥١٦)

٢ - المحكات التشخيصية لإضطراب مواعيد النوم واليقظة وفق الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع:

أ - نظام الفرد فى النوم واليقظة غير متزامن أو متوافق مع جدول النوم واليقظة المرغوب فيه ليناسب مع المتطلبات الإجتماعية وليتناسب مع أغلب الأشخاص فى محيط حياة الفرد .

ب - يعانى الفرد نتيجة لهذا الإضطراب من الأرق أثناء الجزء الاكبر من فترة النوم أو فرط النوم أثناء فترة الإستيقاظ وذلك كل يوم تقريبا لمدة شهر على الأقل أو بشكل متكرر ولفترات أقل من الوقت .

جـ - الكمية والكيفية وأوقات النوم غير المرضية تتسبب إما فى إنزعاج شديد أو تتعارض مع أداء الفرد لمهامه الإجتماعية والمهنية .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥١٧)

د - غفوات النوم المفاجئة : nakolepsy

١ - التعريف : من الممكن إعتبار هذا النمط من إضطرابات النوم مظهرا من مظاهر فرط النوم ، ويشير هذا الإضطراب إلى زملة من الأعراض تتضمن نوبات فجائية من النوم تنتاب الفرد وتستمر لبضع دقائق (يقدرها البعض بربع ساعة) ويمكن أن تحدث فى أى وقت ، وغالبا ما تكون مسبوقة بشحنة إنفعالية قوية .

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ص ١٥٣)

٢ - المحكات التشخيصية لغفوات النوم المفاجئة وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

تشخص غفوات النوم المفاجئة إذا توافرت المحكات الآتية :

أ - نوبات مفاجئة من النوم القصير تحدث يوميا على مدى ٣ شهور .

ب - وجود أحد العرضين التاليين أو كليهما :

١ - التوقف العضلى Cataplexy (مثل نوبات قصيرة من الفقدان المفاجئ للتوتر العضلى فى كلا الجانبين ، وهى أكثر إرتباطا مع الإنفعالات الشديدة) .

جـ - إقتحام متكرر لعناصر حركة العين لسرعة تتخلل الإنتقال بين النوم واليقظة ، كما تتجلى إما بواسطة هلاوس النوم أو شلل النوم .

هـ - لايرجع هذا الإضطراب إلى أى اثار فسيولوجية مباشرة نتيجة لتعاطى مادة (مخدرة) أو مواد نفسية (تدواى) أو أى حالة طبية عامة أخرى .

(APA. , 2000)

هـ - إضطراب النوم المرتبط بالتنفس :

أ - إنقطاع (تشوش) فى النوم يؤدى إلى فرط النوم والأرق ، ويرجع ذلك إلى حالة التنفس المرتبط بالنوم (مثل زمالة الإختناق الأنسدادى أو الرئيسى أو التنقية الشريانية المنخفضة .

ب - لا يفسر الإضطراب بواسطة نفس أخر ، ولايرجع إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة لتعاطى مادة (تعاطى مخدر) أو تعاطى مادة نفسية (التداوى) أو أى حال طبية عامه .

(APA. , 2000)

ثانيا : إضطرابات النوم الثانوية أو المخلات بالنوم : parasomnia

تعريفها : هى إضطرابات تتميز بأحداث سلوكية أو فسيولوجية شاذة تحدث مرتبطة بالنوم سواء كان بمراحل محددة فى النوم أو عند الانتقال من النوم لليقظة .

وإضطرابات النوم الثانوية – تعكس الإضطرابات الاولية لا تشتمل على إضطرابات فى الميكانيرمات المسؤلة عن مراحل النوم – اليقظة ، أو عن توقيت النوم واليقظة ، بل هى تمثل تنشيطا لأنساق فسيولوجية فى أوقات غير ملائمة أثناء دورة النوم – اليقظة . وتشمل هذه الإضطرابات – بوجه خاص تنشيط الجهاز العصبى

الارادة والجهاز الحركى أو العمليات المعرفية أثناء النوم إو عند الإنتقال من النوم لليقظة.

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ١٥٨)

وتضم هذه الفئات الإضطرابات الآتية :

أ - إضطراب الكوابيس الليلية : nightmare Disorder

١ - **التعريف** : الكابوس هو خبرة حلم محمل بالقلق ويليه إسترجاع تفصيلى شديد لمحتوى الحلم . وتتضمن عادة هذه الخبرة موضوعات تخص تهديديات البقاء أو موضوعات مشابهة لها ،أو أثناء النوبة النموذجية توجد درجة من النشاط العصبى اللارادى ولكن لا توجد أصوات تذكر أو حركة جسمية وعند الإستيقاظ يصبح الفرد منتبها ومهتديا بسرعة ويستطيع التواصل مع الأخرين فيعطى عادة تقريرا تفصيليا لخبره الحلم وذلك أما فى الفترة التالية على الإستيقاظ مباشرة أو فى الصباح التالى .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ٥٢١)

٢ - محكات تشخيص إضطراب الكابوس الليلى وفق الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع :

أ - الإستيقاظ من النوم الليلى أو الغفوات النهارية باسترجاع مفصل للأحلام المفزعة والتى تتضمن عادة تهديدا للحياة أو الأمان أو أحترام الذات ، قد يحدث الإستيقاظ فى أى وقت من فترة النوم وعندما يكون الكابوس نموذجيا يحدث فى النصف الثانى منه .

ب - ينتبه الفرد ويعود لطبيعته سريعا فور الإستيقاظ من هذا الكابوس المخيف .

جـ - تتسبب الأحلام وإضطرابات النوم المترتبة عليه فترات من الإستيقاظ ويكون الفرد (فور إستيقاظه) فى حالة ضيق وتوتر شديدين .

د - لا يحدث الكابوس أثناء مسار إضطراب نفسى آخر (الهذيان مثلا ، أو أى إضطراب يمر به الفرد بعد تجربة صارمة) أو لايرجع ذلك أيضا إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة تعاطى مادة (دواء مخدر) أو تعاطى مواد نفسية (بهدف العلاج من إضطراب نفسى أو عقلى) أو أى حالة طبية عامة .

(APA. , 2000)

ب - إضطراب فزع النوم : sleep terror disorder

١ - التعريف : هو نوبات من الفزع الشديد والهلع تصاحبها أصوات عالية وحركة زائدة ومستويات عالية من النشاط العصبى اللارادى ينهض الفرد من نومه جالسا أو واقفا وذلك أثناء الثلث الأول من النوم الليلى عادة ، أو يصرخ صرخة رعب ، فى احيان كثيرة ويسرع إلى الباب كما لو كانت محاولة هرب أو إن كان شاردا وغالبا ما يترك الفرد غرفته وقد تؤدى محاولات الأخرين التحكم فى حدوث الفزع الليلى إلى مزيد من الخوف الشديد وذلك لأن المريض لا يستجيب عادة لهذه المحاولات .

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ص ص ١٦٠ - ١٦١)

٢ - المحكات التشخيصية لأضطراب الفزع أثناء النوم وفق الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع :

حيث تتلخص المحكات فى :

أ - العرض الأساسى هو نوبات متكررة من اليقظة من النوم فى الغالب تبدأ بصرخة خوف حادة مع وجود قلق شديد وحركة جسدية وفرط فى النشاط العصبى اللارادى مثل : سرعة ضربات القلب ، النهجان ، تلاحق التنفس ، وإتساع حدقتى العين مع وجود عرق غزير مصاحب لهذه الحالة .

ب - هذه النوبات المتكررة من الإستيقاظ المفاجئ من النوم تكون دون تفاعل مع العالم الخارجى ، وتستمر عادة هذه الفترة (والذهول) وتتراوح هذه الفترة فى الغالب ما بين دقيقة إلى عشر دقائق ، وتحدث خلال الثلث الأول من النوم الليلى .

جـ - إن الفرد لا يستجيب لمحاولات الآخرين فى السيطرة على الفزع الذى لديه ، يلى ذلك فترة تستغرق عدة دقائق من عدم الإهتداء مع صدور حركات نمطية من الفرد .

د - يكون إسترجاع ما حدث فى النوبة محدودا .

هـ - غياب أى دليل على وجود إضطراب عضوى ولايرجع ذلك إلى تعاطى الفرد لمادة (تعاطى المخدرات) أو تعاطى أدوية نفسية (بهدف العلاج) أو أى حالة طبية عامة .

و - تسبب النوبات ضغطا إكلينيكيا جوهريا أو خللا في اداء الفرد لوظائفه سواء أكانت إجتماعية أو مهنية أو أى مجالات أخرى من التفاعل .

(APA. , 2000)

حـ - المشى أثناء النوم : Sleep walking disorder (Somnambulism)

١ - **التعريف :** هو حالة تحدث أثناء النوم ويحدث تبدل الوعى حيث تجتمع فيها ظواهر النوم واليقظة أثناء نوبة التجوال يقوم الفرد من السرير غالبا أثناء الثلث الأول من النوم الليلى ويسير متجولا مبديا مستوى منخفض من الإدراك والتفاعل والمهارة الحركية عادة ما يترك الجوالون حجرات نومهم أثناء النوم وأحيانا يتجولون فعلا خارج بيوتهم وبالتالى فهم معرضون إلى مخاطر ضخمة بالإصابة أثناء نوبتهم ، لكنهم فى أحيان كثيرة يعودون سريعا إلى أسرتهم إما من تلقاء أنفسهم أو يقودوهم إليها بهدوء شخص آخر وحين يستيقظون (أما من نوبة التجوال أو فى صباح اليوم التالى) عادة لا يتذكرون أى شئ عن الحدث .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥١٧ - ٥١٨)

٢ - **المحكات التشخيصية لإضطرابات السير أثناء النوم وفق الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع :**

لابد من توافر المحكات التشخيصية الآتية :

أ - نوبات متكررة من النهوض من السرير أثناء النوم والتجوال لمدة عدة دقائق أو نصف ساعة تحدث عادة أثناء الثلث الأول من النوم الليلى .

ب - يكون وجه المريض أثناء النوبة شاحبا وبدون تعبير ، أو من الصعب أن يستجيب المريض لمحاولات الأخرين للتأثير عليه أو حتى التحدث معه ، ولا يمكن إيقاظه إلا بصعوبة بالغة .

جـ - عند الإستيقاظ لايتذكر الفرد شيئا عن النوبة سواء كان بعدها مباشرة أو فى الصباح .

د - عند الإستيقاظ تكون هنـــاك فترة صغيرة منبعض التشوش وعدم التوجه (أو الاستجابة لتوجيهات الآخرين) .

هـ - غياب أى دليل على وجود إضطراب عقلى عضوى أو جسمى .

و - يسبب المشى أثناء النوم ضغطا إكلينيكيا جوهريا وكذا قصورا فى الأداء الإجتماعى أو المهنى أو أى مجالات أخرى للأداء أو التفاعل .

ز - لايفسر الإضطراب بتأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة تعاطى مادة نفسية (دواء مخدر أو مواد نفسية نتيجة العلاج من بعض الإضطرابات النفسية أو العقلية) أو أى حالة طبية عامة .

(APA. , 2000)

إضطرابات النوم وعلاقتها ببعض الإضطرابات النفسية والعقلية الأخرى :

يتداخل تشخيص إضطرابات النوم مع العديد من الإضطرابات النفسية بل مع الكثير من الأمراض العضوية (خاصة المزمنة) والمشكلة إن بعض إضطرابات النوم قد تكون سببا فى بعض الإضطرابات وفى بعضها الآخر تكون نتيجة مترتبة عليها .

وسوف نذكر فى عجالة سريعة علاقة إضطرابات النوم ببعض الإضطرابات النفسية والعقلية الأخرى .

أولا : القلق وإضطرابات النوم * :

يعد القلق من العوامل الهامة فى حدوث مشكلات النوم . ويمكن أن يصيب الفرد بالأرق ، كما أن الأفكار التى تلح على الفرد بصورة قهرية سبب آخر لمشكلات النوم وتقطعه . ومن الممكن أن يعد نمط النوم ومشكلاته بوجه عام من بين مؤشرات الصحة النفسية فإن نمط النوم قد يجعل الفرد يستيقظ من نومه نشطا ومرتاحا أو حزينا قلقا بما يؤثر على سلوكه وإنجازاته خلال اليوم .

(أحمد عبد الخالق ، مايسه النيال ، ١٩٩٢ ، ص ص ٤٥ – ٤٦)

وقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات الامبيريقية (القليلة) عن وجود علاقة بين القلق وإضطرابات النوم ، فقد وجد – على سبيل المثال – فريد مان وساتلر Freednn & Sattler من خلال دراسة شملت مجموعة من الأشخاص الذين يعانون من مشكلات فى النوم ، ومجموعة ضابطة ليس لديها أى شكاوى (حادة) من النوم ، حيث كان عدد الأفراد فى كل مجموعة (٤٧) فردا وجميعهم من الذكور ، أو بتطبيق مقياسا للتقدير الذاتى للقلق ، وجد أن المجموعة التى تعانى من الأرق حصلت على درجة مرتفعة فى القلق مقارنة بالمجموعة التى ليس لديها مشاكل حادة مع النوم . وهذا فى رأينا أمر متوقع لكنه يثبت بصورة عملية طبيعية الغلاقة القوية بين المعاناة من القلق فى مشكلة أو أكثر من مشاكل النوم Freedman & Sattler. 1982. pp. 380 - 390 .

كما توصلت دراسة أخرى إلى أن القلق يظهر فى صورة متعددة أظهرت نتائج العديد من الدراسات الميدانية (القليلة) عن وجود علاقة بين القلق ومشكلات النوم ، فقد وجد فريمان ساتلر (Freedman & Sattler . 1982) . ومن خلال دراستهم التى حاول رصد مظاهر مشكلات النوم لدى عينة تعانى من الأرق وعينة لا تعانى من الأرق ، وجاءت النتائج توضح أن جوانب الإضطراب كانت فى جانب العينة

* إعتمدنا فى كتابة هذا الجزء من بحث : مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق الصريح والإكتئاب للباحث .

المضطربة Freedman & Sattler, 1982 . pp. 380 - 390 . كما وجد فى دراسة أخرى إن القلق يظهر فى صورة متعددة لحدوث مشكلات النوم فقد يحدث فى بداية النوم أو فى خلاله ، بل ويقود إلى الفزع الليلى والدخول فى الكوابيس وكلها عوامل ترتبط بالخوف (Brown & Black . 1994) حيث توصل شتاين وزملاؤه إلى أن معاناة الشخص من القلق يقود إلى العديد من مشكلات النوم مثل : صعرية التنفس والتجوال الليلى والكوابس المزعجة (Stein et al. 1995) . وقد تأكدت هذه النتيجة فى دراسة أحمد عبد الخالق ، ومايسه النيال (١٩٩٢) من وجود إرتباطات موجبة بين مشكلات النوم وكل من القلق ومظاهره المختلفة ، وهو ما توصل إليه خالد عبد الغنى (١٩٩٨) وهو ما أكده أيضا (ريتشارد وسوزان) من أن الشخصيات التى تتميز بوجود درجة لديها عالية من القلق يظهر لديها العديد من الإضطرابات سواء أضطرابات الطعـام أو النوم (Richard & Susan . 2000 pp. 170 - 185) . وأن ٥٠٪ من الذين عانوا من مشكلة أو أكثر من مشاكل النوم إنما تم ذلك بسبب معاناتهم من القلق .

(ليندساى ، جاهنشاهى ، ٢٠٠٠ ، ص ٦٩١) .

ثانيا : الإكتئاب وإضطرابات النوم :

لعل من بين الأسباب النفسية لمشكلات النوم ارتفاع معدلات الإكتئاب ، حيث يسترجع الفرد أحداث يومه قبل نومه مباشرة ويجسدها بما تحتويه هذه الأحداث من جوانب سارة وأخرى مؤلمة مع التركيز على الأخيرة لدى مثل هؤلاء الأفراد .. ويظل الفرد يفكر فيها بصورة مركزة بحيث تتمكن منه وترتفع مستويات الإكتئاب من الماضى وتزيد معدلات القلق من المستقبل عنده ، فإذا نام أتسم نومه بالتوتر والتقطيع والإضطراب وشعر بالتعب ، وقد تلازمه أحلام مزعجة تعزق نومه تماماً .

(أحمد عبد الخالق ، مايسة النيال ، ١٩٩٤ ، ص ٤٥) .

وقد ربطت العديد من الدراسات بين الإكتئاب ومشكلات النوم Wuislin et al. 1994 pp. 554 - 556 . ذلك لأن مشكلات النوم تعد من أكثر الأعراض شيوعا فى مرضى الإكتئاب ، وأن من يتصفح أى أختبار للأكتئاب سوف يجد العديد من البنود التى تعكس معاناة الشخص من مشكلات النوم كمؤشر على الأكتئاب (غريب عبد الفتاح ، ١٩٩٢ ، ص ٥) . ويكون النوم عند مرضى الإكتئاب متسما بالأرق مع كثرة الإستيقاظ أثناء الليل ، وأرق فى الصباح الباكر (الكسندر بوربلى ، ١٩٩٢ ، ص ١٩٢) . وهو ما توصل إليه أحمد عبد الخالق ومايسه النيال) ١٩٩٢ (من وجود

علاقة بين معاناة الشخص من الإكتئاب وبين مشكلات النوم . وأيضا أيدت ذلك دراسة كرسب وشابيرو ، حيث وجدا من خلال تتبع مشكلات النوم لدى مجموعة من الأفراد يعانون من الإكتئاب أنهم أكثر معاناة من مشكلة أو أكثر من مشكلات النوم مقارنة بأفراد العينة التى لا تعانى من الإكتئاب بصورة حادة (Crisp & Shapiro, 1993. pp. 45 - 47) وقد توصل فى البيئة العربية كل من عبد الستار إبراهيم ورضوى إبراهيم إلى وجود علاقة ما بين الإكتئاب ومشكلات النوم لدى عينة من طلاب الجامعات (Ibrahim & Ibrahim . 1996 . p. 27) . وهو ما ذكره بصورة تفصيلية (ليندساى) فى مجمل عرضه للعديد من البحوث والدراسات فى التراث الأجنبى والتى أكدت وجود علاقة بين الإكتئاب ومشكلات النوم (ليندساى ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٧٠٨ – ٧١٥) .

والقلق من الإضطرابات العصابية تقريبا ، كما يُعد السمة المميزة لكثير من الأضطرابات السلوكية والذهان (أحمد عبد الخالق ، ١٩٨٧ : ٢٥) . ومع تعدد نظريات القلق وتنوعها ، اختلفت وجهات نظر علماء النفس إلى القلق إختلافا بيناً حيث يركز الباحثون على واحد أو أكثر من المفاهيم المتعددة للقلق ، ما بين أنه إنفعال سلبى، وزملة إكلينيكية ، ومستويات متعددة ، لأن القلق يعد من أكثر السمات المزاجية أهمية وتأثيرا فى حالة الفرد الجسدية والنفسية والعقلية والسلوكية (أحمد عبد الخالق ، ١٩٨٤ : ٣) ، كما أن القلق ينقسم إلى حالة State وسمة Trait حيث تشير حالة القلق إلى وضع طارئ ووقتى عند الفرد يحدث له إذا تعرض لأحد الموضوعات التى تثير هذا القلق وباختفاء هذه الأحداث تنتهى حالة القلق ، أو تتفاوت شدة هذه الحالة حسب درجة التهديد أو الخطر Threat والتى يدكها الفرد متضمنة فى الموقف ، أما سمة القلق فتشير إلى أساليب استجابة ثابتة نسبياً تميز شخصية الفرد وبعبارة أخري تميز سمة القلق وإستعداد طبيعى وإتجاه سلوكى يجعل الفرد قلقاً (سميحة عبد الفتاح إسماعيل ، ١٩٩٤ : ٥٠) . كما أن القلق أنواع عدة ، فهناك قلق الإمتحان Test Anxiety وقلق الجنس Sex Anxiety والقلق الإجتماعى وقلق الموت (أحمد عبد الخالق ١٩٨٧ : ٣١ – ٣٤) . وقد وجدت العديد من الدراسات وجود علاقة بين المعاناة من القلق (بصفة عامة) وبين إضطرابات النوم مثل زيادة فترة اليقظة بصفة عامة والمعاناة من الفزع الليلى والكوابيس وتوقف التنفس وغيرها من الإضطرابات (Crisp & Shapiro, 1993 : 46) , (Brown, et al, 1994),(Arriaga, et al, 1996)

ثالثا : الإكتئاب العصابى وإضطرابات النوم :

والإكتئاب هو إضطراب مزاجى ، يفصح عن نفسه من مجموعة من الزملة الإكتئابية Depressive Syndrome بعضها عضوى ، والبعض الآخر ذهنى ومزاجى، وبعضها الثالث إجتماعى وهى تشتمل على جوانب من السلوك والأفكار والمشاعر التى تحدث مترابطة ، والتى تساعد فى النهاية فى تشخيص السلوك بالإكتئاب (عبد الستار إبراهيم ١٩٩٨ : ٢١) وتوجد علاقة بين الإكتئاب والإنتحار ، بل إن اللذين يعانون من الإكتئاب يتزايد الاستهداف للإنتحار لديهم وفقدان الأمل واليأس Rieh, A. et al, 1992 : 364 - 373), (Rudd, M. M, 1990 : 16 - 30

والإكتئاب خبرة وجدانية شخصية تتسم أعراضها بالتشاؤم ، وفقدان الإهتمام ، والشعور بالفشل وعدم الرضا ، والرغبة فى إيذاء الذات ، مشاعر الذنب والألم وفقدان الشهية ، وحدوث إضطرابات فى النوم ، وبطء الإستجابة Corsini Encycl Opedia, 2001 : 441)

ويُضيف الإكتئاب وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع DSM IV ضمن الإضطرابات المزاجية Mood Disorders والتى تنقسم بدورها إلى أربعة أقسام ، وكل قسم من تلك الأقسام يتفرع إلى فئات أخرى تتضمن أنماطاً من حالات الإكتئاب كما يلى :

١ – النوبة المزاجية وتنقسم إلى :

- نوبة الإكتئاب الرئيسى Major Repressive Episode
- نوبة الهوس Manic Episode
- نوبة مختلطة Mixed Episode

٢ – الإضطرابات الإكتئابية : وتنقسم إلى :

- إضطراب الإكتئاب الرئيسى Major Depressive Disorder
- إضطرابات اليأس Dysthymic Disorder
- إضطراب إكتئاب غير محدد Depressive Disorder Not Other Wise Spesified

٣ – إضطرابات ثنائية القطب : وتنقسم إلى :

- إضطرابات ثنائية القطب الفئة الأولى Bipolar I Disorder

- إضطرابات ثنائية القطب الفئة الثانية Bipolar II Disorder
- الإضطراب الدورى Cyclothymic Disorder

٤ - إضطرابات مزاجية أخرى مثل :

- إضطراب مزاجى يرجع لأسباب طبية عامة Other Mood Disorder
(APA, 1994)

وهناك العديد من النظريات التى حاولت تفسير الإكتئاب مثل المنحى التحليلى والمنحى البيولوجى (Myers, 1995 : 518 - 519)، والتفسير المعرفى Pinnigton, et al, 1999: 170 - 171).

وتوجد علاقة بين إضطرابات النوم والإكتئاب ، حيث تُعد إضطرابات النوم من أكثر الأعراض شويعاً فى الإكتئاب حيث يعانى من الأرق الشديد والذى يحيل حياته إلى مزيد من المعاناة والألم ، ولعل هذه الإضطرابات تزيد حالة المكتئب إكتئاباً لأنه قد يظل أرقا والناس من حوله ينامون .

(الكسندر بوربلى ،١٩٩٢ : ٢١٩) .

رابعا : إضطرابات النوم لدى مرضى الوسواس القهرى فى الدراسات السابقة :

يُعد إضطراب الوسواس القهرى من الإضطرابات العصابية ، وإن كان أقلها شيوعا . وعلى الرغم من ذلك يعد مصدرا أساسيا لكل من القلق والإكتئاب والمخاوف وهو بالتالى يؤثر فى حسن توافق الفرد .

(توفيق عبد المنعم ، ٢٠٠٠ : ٦٤)

وإن كانت الدراسات التى حاولت معرفة نسب إنتشاره فى العالم العربى ومصر مازالت جد قليلة ومتفرقة .

(وائل أبو هندى ،٢٠٠٣ ، ١٠٩ – ١١٠)

كما يجب التفرقة بين عصاب الوسواس القهرى وبين الشخصية الوسواسية حيث تتبدى مظاهرها فى عديد من السمات .

(سيلفيا . ب . د ، ٢٠٠٠ : ٥٩ – ٦٠)

وقد إختلفت النسب الإحصائية المقدمة لمدى إنتشاره ما بين ٥٠ر٠ من الجمهور العام وصولا إلى ٦ر٢٪ .

(حسن مصطفى عبد المعطى ،١٩٩٨ : ٩٠ – ٩٦)

لكن لابد من التعامل مع هذه الأرقام بحذر وتتعدد التعريفات التى قدمت لمفهوم الوسواس القهرى Obssesive Coupalsive .

إلا أننا نستطيع رصد أهم ملامحه فى :

– وجود أفكار أو اندفاعات أو مخاوف أو طقوس حركية أو أدوية غريبة وشاذة .

– معرفة الشخص بتفاهة مثل هذه الأفكار ولا معقوليتها وعلمه الأكيد أنها لا تستحق منه كل هذا الإهتمام .

– محاولات الشخص المستمرة مقاومة مثل هذه الأفكار وعدم الاستسلام لها بسهولة ، ولكن مع الإلحاح يستسلم أملا فى الخلاص منه .

– إحساس الشخص بسيطرة مثل هذه الأفكار أو الأفعال وقوتها القهرية عليه مما يترتب على ذلك إهدار طاقاته وحدوث (تفسخ) فى علاقاته الإجتماعية .

(Richard , Kim, W, et al, 1993 : 37 - 44)

(Susan. K, 2000 : 185 - 186) و (توفيق عبد المنعم توفيق ، ٢٠٠٠ ، ٦٧) و (سيلفيا . د ، ٢٠٠٠ : ٦٠ – ٦١) و (أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢) ، و (صفوت فرج ، ١٩٩٩ ، ١٩١ – ٢٢٤)

وعموما ، فإن الدراسات التى أجريت على فئة الوسواس القهرى قليلة فى المجال العربى إذ حاولت الدراسات دراسة طبيعة التفكير التجريدى لدى العصابيين القهريين .

(محمد سامى هنا ، ١٩٦٤)

ودراسة الفروق بين الذكور والإناث (أحمد عبد الخالق ، عبد الغفار الدماسط ، ١٩٩٥ ، ١ – ١٨) ودراسة حالات لمرضى الوسواس القهرى من خلال الإستجابة على اختبار تفهم الموضوع (عادل خضر ، ٢٠٠٠ : ٧٨ – ١٣٩) ، (صفوت فرج ، ١٩٩٩ ، ١٩١ – ٢٤٢) ، (سعاد البشر ، صفوت فرج ، ٢٠٠٢ ، ٢٠٧ – ٢٢٧) .

وصنف إضطراب الوسواس القهرى فى الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع للطب النفسى ضمن إضطرابات القلق ويأخذ الصور الآتية :

– إضطرابات الشخصية الوسواسية وهو نمط مستمر ومداوم للشخصية يتميز بنزوع متطرف نحو الكمال والنظام المفرط ، وعدم القدرة على الحلول الوسطى مع شعور مبالغ فيه بالمسئولية .

إن هذه الأفكار أو الأفعال تمكننا من إمكانية تصنيف الشخص فى فئة قهرية وسواسية معينة (أفعال تأخذ صورة المراجعة والفحص والتدقيق / فئة لديها أفعال النظافة والإغتسال ... الخ) (APA, 1994)

ومن الجدير بالذكر أنه حتى عام ١٩٧٠ لم تكن هناك مقاييس مُتاحة للتعرف على ملامح الوسواس القهرى ولكن بعد ذلك توالت المقاييس السيكومترية سواء فى البيئة الأجنبية أو البية العربية .

(أحمد عبد الخالق ، أحمد الدماطى ، ١٩٩٥)

ومن الجدير بالذكر أن القليل من الدراسات قد تناولت إضطرابات النوم لدى فئة الوسواس القهرى ومن هذه الدراسات دراسة أحمد عبد الخالق ، مايسة البيال ، ١٩٩٢) حيث توصلا إلى أن فئة الوسواس القهرى تعانى من إضطرابات النوم ، ٣٣ – ٤٩) ودراسة (Okasha, A. et al, 1984 : 143 - 147) .

مع العلم أن الدراسات قد وجدت تداخلا ما بين القلق والمخاوف الإكتئاب والوسواس القهرى ، وأن ما يجمع مثل هذه الإضطرابات أنها تمثل تجمعا أو تكتلا واحدا .

(أحمد عبدالخالق ومايسة النيال ١٩٩٠ : ٥٤٥ – ٥٧٥)

إذ من الشائع لدى المرضى بإضطراب الوسواس القهرى إن يمروا بخبرة الإصابة بالقلق العام الشديد ، والمخاوف المرضية ، ونوبات الهلع المتكررة ، وتجنب المعوق ، والإكتئاب الإساسى وتكون جميعا مرتبطة بأعراض الوسواس القهرى .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٠ ، ص ١٩٩)

ولذا فإن الخط العام المشتركازى مرضى الوسواس القهرى هو محور المرض المشترك Comorbidity والذى يعنى معاناة الفرد من أكثر من مرض واحد أو عرض واحد فى نفس الوقت ومن هه الأعراض فقدان الشهية العصبى ، توهم المرض ، إضطراب إختلا صورة الجسم وإضطرابات النوم وغيرهم .

(campll, 1996 , p . 139)

(volk, 1997 , pp . 140 - 144)

خامسا : إضطرابات النوم مرضى المخاوف :

يعتقد كثير من علماء النفس أن المخاوف مكتسبة وأن ما يتصل بها من حالات القلق بشكل جزءا كبيرا من الدوافع البشرية ، وأن ما يحول دون الفرد والحياة السعيدة هو الخوف .

(وفاء مسعود ٢٠٠١ : ٦٤)

وقد وصف وكسلر وزملاؤه المخاوف بإنها العرض الأكثر شيوعا فى الولايات المتحدة الأمريكية ، فعلى سبيل المثال يعانى فى أى عام ١٧٪ من الناس من شكل واحد على الأقل من أشكال المخاوف ، بل ويتلقى واحدا من كل أربعة من أولئك الناس علاجا لتلك المشكلة . (Kessler et al, 1994)

وعديد من التعريفات قدمت للمخاوف المرضية إلا إننا سنكتفى **بإيراد تعويفين:**

الأول : حيث يرى أحمد عكاشة (١٩٩٨) إن إستجابة الخوف هى حيلة دفاعية لاشعورية يحاول المريض أثناءها عزل القلق الناشئ من فكرة أو موضوع أو موقف معين فى حياته اليومية وتحويله لفكرة أو موضوع أو موقف رمزى ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلى ومن هنا ينشأ الخوف الذى يعلم المريض عدم جدواه ورغم ذلك يتحشاه

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ : ٩٢ - ٩٣) .

١ - حالة خوف شديد ومستمر بلا مبرر واضح ، إزاء شئ ما أو موقف ما أو مكان ما أو توقعه .

٢ - أن التعرض لمثير المخاوف بسبب حالة من القلق التلقائى والذى من الممكن أن يكون مصحوبا أو مسببا لحالة من الرعب .

٣ - أن الشخص الذى يعانى من المخاوف يعى أن خوفه غير ملائم للموقف ولا مبرر له .

٤ - يتجنب الشخص الموقف المثير لمخاوفه وإلا فإنه يتعرض لقلق شديد .

٥ - أن التجنب أو المتوقع أو التعرض للموقف المثير للخوف يعيق بشكل دال نظام حياة الشخص فى كافة مناشطه العملية أو الشخصية أو الإجتماعية .

٦ - ينبغى أن تكون المخاوف المرضية غير ناتجة عن زملة مرضية أخري تفسر هذا الخوف (الوسواس القهرى مثلا) (APA, 1994 : 199)

كما أن المخاوف المرضية كثيرة قد تصل فى عددها إلى أكثر من خمسين نوعاً ومن أمثلتها : الخوف من الأماكن العلية ، الخوف من الأماكن المفتوحة ، الخوف من الرعد ، من الأماكن المغلقة ، وفوبيا النوم ... الخ .

(عبد الرحمن سيد سليمان ، ١٩٩٠ : ١٢٥) (ليداساى ، ٢٠٠٠ : ١٧٠ - ١٧٩)

ولعل العرض الشائع فى كافة المخاوف المرضية هو التجنب ودخول الشخص الخائف فى نوبات فزع ، حيث حدد الدليل التشخيص والإحصائى الرابع DSM IV ضرورة معاناة الشخص من عدة أعراض مثل : لوحدة / الشعور بالإختناق / آلم الصدر أو عدم الإرتياح / الغثيان أو عدم إستقرار المعدة / الشعور بالدوخة ... الخ .
(A. P. A, DSM IV , 1994 p. 395)

كما أن هناك علاقة بين العمر ، وكذا النوع وبين المخاوف (نيفين زيور ، ١٩٩٠ : ٢٢ – ٣٧) (عبد المنعم طلعت عباس ، ١٩٩٢) (Dimberg, V . et al 1998 , 75 - 80)

كما أن الكثير من النظريات قد حاولت تفسير المخاوف منها **نظرية التحليل النفسى** التقليدية لفرويد والذى يرى أن أساس الخوف هو خبرات الطفولة والتى ينشأ نتيجة : غياب مصدر إشباع الإحتياجات ، الخوف من فقدان الحب ، الخوف من الخصاء والخجل الشديد والتعاسة المرتبطة بالموقف الأوديبى ، والخوف نتيجة لمشاعر الذنب وأن القلق شيئا ضروريا للشخص الخائف .

(وفاء مسعود ، ٢٠٠١ ، ٦٦ – ٦٧)

فى حين ترى **المدرسة السلوكية** أن الخوف هو استجابة ترجع إلى التعلم الشرطى ، كما يحدث فى حالة خبرة مخيفة وقعت فى الطفولة (المثير الأصلى للخوف) وإتبطت بمثير شرطى حيث تنتقل استجابة الخوف من المثير الأصلى الذى سبب الخوف إلى مثير يكون قد أقترن به شرطياً .

(أمينة مختار ، ١٩٨٠ : ٢٥ – ٣١) ، (عبد الله جاد ، ١٩٩١ : ٥٩ – ٦٦)

فى حين ترى **المدرسة المعرفية وباندورا ونظريته فى التعلم الإجتماعى** – تحديدا – التعلم الاجتماعى عملية حيث أوضح أن عملية نشطة وتحتاج إلى شروط تضمن نجاحها (B andora , 1969) وقد توسعت نظريات التعلم المعرفى فى التوصل إلى حقيقة أن الأفراد لا يتعلمون من خلال القواعد التشريطية بل من خلال إدراكات وتفسيرات الحوادث والخبرات والمواقف التى يمر بها الأشخاص والعلاقة بين المخاوف وإضطرابات النوم وعلاقة أرتباطية فقد وجد Brown, et al, 1994 – على سبيل المثال – علاقة بين إضطرابات النوم والمخاوف المرضية ، وكذلك دراسة Stein , et al , 1995

فى عام ١٩٨٠ تناول Berrttini دراسة حالة لشخص يعانى من ذهان

البارانويا ويعانى من الشخير ، وتوقف التنفس أثناء النوم مع زيادة وزنه كما ظهرت لديه مشكلة غفوات النوم أثناء النهار ، إضافة إلى شعوره المستمر بالتعب الجسمى مع زيادة الوزن ، وقد تم إجراء العديد من التدخلات الطبية والنفسية لعلاج مثل هذه الإضطرابات .

(Berrttini, 1988 , pp. 493 - 494)

فى عام ١٩٨٦ قام بلويز وزملاؤه .Bliwise, et al بعلاقة الأرق وعلاقته بالعمر لدى مجموعة من الأشخاص اللذين تم تشخيصهم بمعاناتهم من الأرق ، وتتراوح أعمارهم ما بين ١٦ – ٨٥ عاما ، وقد تم تطبيق اختبار الشخصية المتعددة الأوجه MPPI ، وقد أتضحت مظاهر الأرق لدى الأعمار الأقل ، إضافة إلى وجود عديد من الإضطرابات الباثولوجية الأخرى فى فئة المسنين وأن الفرد كلما كان يعانى من الأرق يكون غير قادر على حسم مشاكله كلما زادت إضطرابات نومه .

(Bliwise, et al., 1986 pp. 3 - 6)

وفى عام ١٩٨٧ قام عز الدين E.Z-Eldin بدراسة أنماط النوم وعلاقتهابسمات الشخصية ، وأن عينة الدراسة شملت مجموعة من المرضى بالأرق ، والإكتئاب والهوس والفصام ، وقد استخدم جهاز النوم وموجات دلتا كعلامة على الاستغراق والإستعداد أو الاستغراق فى النوم ، وقد وجد أن ساعات النوم الأقل تميز مرضى القلق العصابى ، فى حين أن فئة الإكتئاب يظهر لديهم الإضطراب فى صعوبة الدخول فى النوم أو الاستمرار فيه وقصر المدة ، فى حين وجد أن مرضى الهوس يكونوا غير قادرين على الإستقرار وبالتالى يمكن أن يظلوا لأيام بلا نوم ، فى حين تميز نوم فئة .

أسباب إضطرابات النوم :

وتنقسم هذه الأسباب إلى :

أ – مشكلات مرتبطة بالنوم **ولكنها عابرة ومؤقتة** ، بعضها خاص بالفرد مثل: الإكثار من تعاطى العقاقير المنبهة ، الإصابة ببعض الأمراض الجسمية كالآم الأسنان، تعاطى أدوية لعلاج أمراض معينة خاصة أدوية الحساسية (جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ص ١٦٦ ، وبعض هذه العوامل الخارجية مثل : الضوضاء ، تغيير فى المناخ ، الإنتقال من العمل النهارى إلى العمل الليلى ، وما يترتب على التقاعد من إختلال فى دورة اليقظة – النوم (ديتريك لانجين ، ١٩٨٤ ، ص ٦١) .

ب - مشكلات مرتبطة بالنوم ولكنها مزمنة ومستمرة وتنقسم بدورها إلى مجموعتين من الأسباب :

١ - مجموعة الأسباب التى يعد إضطراب النوم ثانويا بالنسبة لها مثل إصابة الفرد بالأمراض العضوية ، أو النفسية والعقلية .

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ص ص ١٦٦ - ١٦٧)

٢ - مجموعة الأسباب **المخلة بالنوم** : حيث قدمت عدة نظريات لتفسير كيفية حدوث مشكلات فى النوم ، ومن هذه النظريات :

أ - النظرية النيورنية للنوم : ويذهب أنصار هذه النظرية إلى أن النوم واليقظة يحدثان نتيجة تباعد أو تقارب إتصال الخلايا العصبية ببعضها فى المخ ، بالإضافة لنقص الدورة الدموية للمخ ، وأنه إذا حدث (كف) فوق النصفين الكرويين بالمخ حدث النوم ، وإذا إنحصرا تلاشى النوم (سامى عبد القوى ، ١٩٩١ ، ص ١٢١٣ ، السيد أبو شعيشع ، ١٩٩٣ ، ص ص ٢٩٦ - ٢٩٨ ، Empson , 1993) . وينشأ الخلاف بين رابين ، يرى أصحاب الرأى الأول أنه ليس هناك مراكز خاصة بالنوم فى المخ لأن الكف والنوم واقع يطرأ على كل خلية ولذا لا حاجة لوجود خلايا لهذا الغرض (Empson 1993. p 187) . فى حين تؤكد وجهة نظر أخرى على وجود خلايا خاصة فى المخ ووظيفتها إحداث النوم ، بل ويحددون أماكن هذه المراكز وتحديدا فوق منطقة تقاطع عصبى البصر فى الجزء الأمامى للهيبو ثلاموس (تحت المهاد) وهذه المراكز مسئولة عن إيقاع دورة النوم - اليقظة .

(Guyton. 1996, pp. 763 - 68)

ب - النظرية الإيضية للنوم : وتنهض هذه النظرية على أن المخ فى فترة اليقظة يقوم بتخليق مادة تسمى الحامل الحادث للنوم - S - وهذه المادة تتجمع فى السائل المخي النخاعى وعند وصوله لمستوى معين من التركيز يحدث النوم ، وأن دورية التجمع والتخلص من هذا العام تقود إلى دورية النوم واليقظة (خالد عبد الغنى ، ١٩٩٨ ص ١٢) . ووفقا لهذه المادة ودرجة تركيزها من عدمه تكون أنماط النوم Sleep Patterns والتى تنقسم بدورها إلى نوم أرثوذوكسى يتميز بالتعمق نشاط موجات دلتا ، أو النوم النقيضى ، حيث السطحية وإنخفاض نشاط موجات دلتا وحدوث الأحلام Harding, 19821, pp. 290 - 292. Shapiro & Flanigan 1993. p.5)

جـ – **الأسباب النفسية والإجتماعية :** حيث أمكن حصر مجموعة من الأسباب النفسية والإجتماعية التى يمكن أن تقود إلى حدوث مشاكل النوم المختلفة ومنها : الضغوط النفسية والإجتماعية سوء تنظيم إيقاع النوم – اليقظة العادات السيئة فى الطعام والشراب ، زيادة الوزن والسمنة .

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ص ص ١٦٩ – ١٧٠)

وهكذا تتعدد العوامل التى من الممكن أن تقود إلى حدوث مشاكل النوم ما بين عوامل نيورنية عصبية ، وعوامل إيضية – كيميائية ، وعوامل نفسية – إجتماعية .

علاج إضطرابات النوم :

ركزت العديد من الإجتهادات فى هذا الصدد على علاج الأرق باعتباره الإضطراب الأكثر شيوعا فى زملة إضطرابات النوم من خلال المحاور الآتية :

١ – العلاج النفسى مع بعض المطمئنات من مجموعة البزوربازيين مثل : الفاليوم ، اتيفان ، موجودون ، تورمترون خاصة فى حالات القلق ويستحسن إستعمال هذه العقاقير لمدة لا تزيد عن ستة أسابيع حتى لا يتعود المريض على التعاطى .

٢ – إذا كان الأرق ثانويا لإضطراب اكتئاب فالعلاج الأمثل بعد مضادات الإكتئاب خاصة النوع المهدئ مثل : التريتيترول التريبتوفان .

٣ – إذا كان الأرق ثانويا بالإضطراب ذهابى فهنا يتجه العلاج إلى مضادات الذهان مثل : اللارجاكتيل ، الميليريل .

٤ – إذا كان الأرق ثانويا لاستعمال المواد مثل المنبهات أو الهيردين حتى مانع من إعفاء خليط من مضادات القلق والإكتئاب والذهان .

٥ – عندما لا نجد سببا نفسيا أو إضطرابا عقليا للأرق نحاول العلاج نوعه غير كيميائى بما يسمى (النوم الصحى) .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥٢٢ – ٥٢٣)

٦ – إضافة إلى تدريب المريض على الإسترخاء العضلى التدريجى والتسكين أو التدريب على توليد التنبيه الذاتى .

٧ – تصميم برامج للتحكم فى المنبه الذى يقود إلى الأرق خاصة تلك الإنشطة التى قد يمارسها الشخص قبيل دخوله إلى الفراش .

(ليندساى ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٧٠٦ – ٧١٦)

مسار ومآل إضطرابات النوم :

- الدراسات عموما فى هذا المجال قليلة .
- تتوقف ظروف المسار والمآل الجيد أو السئ على العديد من توافر العديد من المحكات .
- إن إضطراب الأرق يعد الإضطراب أكثر دراسة وإهتماما من قبل الباحثين الذين يتقدمون للشكوى من إضطرابات النوم سواء فى السيارة الخاصة أو مراكز علاج إضطرابات النوم .
- وجد على سبيل المثال أن الأرق يتحسن إذا كان :

أ - مرتبط ببعض الضغوط الخارجية .

ب - سواء وتكامل شخصية الفرد قبل حدوث اضطراب أو أكثر فى النوم.

جـ - وجود بيئة إسرية مشجعة ومدعمة للفرد إيجابيا .

د - وجود إنفراجه لأزمات الفرد الخارجية .

هـ - وجود قدر من الواقعية والصلابة النفسية) لدى الفرد .

(Altshuler. et al , 2001 , pp. 48 - 61)

المراجــع

١ – أحمد عكاشة (١٩٩٨) ، **الطب النفسى المعاصر** ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

٢ – أحمد عبد الخالق ، مايسة النيال (١٩٩٢) ، **إضطرابات النوم وعلاقتها بكل من القلق والإكتئاب والوسواس** ، القاهرة ، بحوث المؤتمر الثالث لعلم النفس فى مصر ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ٣٣ – ٤٩ .

٣ – الكسندر بوربلى (١٩٩٢) ، **أسرار النوم** ، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامه ، الكويت ، عالم المعرفة ، العدد (٦٣) ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب .

٤ – جمعة سيد يوسف (٢٠٠١) ، **الإضطرابات السلوكية وعلاجها** ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

٥ – غريب عبد الفتاح (١٩٩٢) ، **مقياس بيك للإكتئاب** ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية ، الطبعة الثانية .

٦ – ليندسلى ، جاهنشاهى (٢٠٠٠) ، **علاج إضطرابات النوم**، فى مرجع فى علم النفس الاكلينيكى للراشدين ، تحرير س . ليندزاى ، ج. بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة، مكتبة الانجلوا المصرية ص ص ٦٩٩ – ٧١٦ .

٧ – ليندساى ، جاهنشاهى (٢٠٠٠) ، **فحص إضطراب النوم** ، فى : مرجع فى علم النفس الاكلينيكى للراشدين ، تحرير س. ليندزاى ج. بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية . ص ص ٦٨٣ – ٦٩٨ .

٨ – محمد حسن غانم (٢٠٠٢) ، **مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق الصريح والإكتئاب** ، مجلة : دراسات عربية فى علم النفس ، القاهرة ، المجلد الأول ، العدد الرابع ، ص ص ٦٥ – ١١٩ .

9 - American psachitric associayion (2000) .**Diagno stic** and statinticab manual of **ment al** dinande 4th , ed. washington. DC.

10 - Altshuler. er. L., cohen, Moline. M. et al . (2001) **Expert consensus guidelines fortreatment of sleep disorders in women :** Anewtreatment tool . Journal of the economics of neuros cience vol (3) pp. 48 - 61

الفصـل الحادى عشر

الإعتماد على المخدرات
Drugs Dependency

محتويات الفصل

- الإعتماد علي المخدرات وما يرتبط به من مفاهيم ،
- المحكات التشخيصية للإعتماد علي المواد المؤثرة نفسيا وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع .
- هل إدمان النيكوتين يدخل ضمن باب الإدمان أم لا ؟
- المواد المخدرة .
- ديناميات الشخص المدمن .
- وجهة نظر المجتمع في الإدمان .
- هل الإدمان مرض أم جريمة .
- في علاج الإدمان ، النظريات التي فسرت ظاهرة الإدمان .
- محاور التأهيل النفسي والإجتماعي لمدمني المخدرات .
- مـآل الإدمـان .

الإعتماد على المخدرات

Drugs Drpendencg

مقدمة :

أصبحت مشكلة المخدرات تمثل أخطر التحديات الراهنة التى تواجه عالمنا المعاصر ، وتهدد إستقرار البشرية وأمنها وتقدمها أو ذلك بعد أن إجتاح وباء الإدمان – وما يرتبط به من ظواهر إجرامية أخرى – مختلف المجتمعات المتقدمة والنامية ، وسبب لها العديد من المشكلات الصحية والإجتماعية والأمنية والإقتصادية الخطيرة ، ووصل الإنتاج العالمى من المخدرات إلى إرقام قياسية غير مسبوقة ، وأخذت أجهزة المكافحة – خاصة فى ظل المتغيرات – التى يموج بها العالم الآن – تواجه صعوبات متزايدة فى الحد من عمليات إنتاج المخدرات والإتجار غير المشروع بها .

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٥ ، ١٧)

الإعتماد على المخدرات وما يرتبط به من مفاهيم :

التعاطى Drug abuse :

إن المتتبع للمفاهيم المرتبطة بفعل التعاطى سوف يلاجظ الآتى :

أ – تعدد المفاهيم المرتبطة بالتعاطى ، ومن هذه المفاهيم : إستخدام المخدرات Drug addication ، الإعتماد على المخدرات Drug dependence (بشقيه : الإعتماد النفسى psychic dependence والإعتماد العضوى physical dependebce والاعتياد على المخدرات Drug abituation .

ب – أن الكثير من البحوث تستخدم بعض المفاهيم مثل الإدمان والتعاطى والإعتماد وبالتناوب دون الإستقرار على مفهوم واحد طوال عرض البحث .

جـ – إن البعض لا يتكلف مشقة أن يوضح ما إذا كانت هناك فعلا فروق بين هذه المفاهيم أو لا ؟

فهل فعلا هناك فروق بين هذه المفاهيم أم أن الأمر مجرد يعكس (سيولة) فى المفاهيم ؟ وهل كل مفهوم من المفاهيم السابقة

كافة حالات فعل التعاطى ؟ أم أن كل مفهوم له معنى محدد ولابد أن يكون الباحث واعيا بذلك وقاصدا استخدامه لمفهوم محدد دون مفهوم أخر .

وسوف نشير فى عجالة إلى المقصود بكل مفهوم من المفاهيم التى إرتبطت بفعل التعاطى .

١ - إستخدام المخدرات Drug use وهو أبسط صور إستخدام المخدر حيث بإمكان الشخص أن يستخدمه فى المناسبات لكن لا يسعى توقا إلى البحث عنه لكن إذا توفر لا مانع من إستخدمه .

٢ - تعاطى المخدرات Drug abuse حيث يسعى الفرد للحصول على المخدر ويسعى إليه إذا ترك الشخص المخدر فقد تصيبه بعض الأضرار من جراء ذلك إلا أنه لا يصل إلى مرحلة الإعتماد بالرغم من أن التعاطى قد يحدث خللاً فى بعض الوظائف الحياتية للمتعاطى .

٣ - إدمان المخدرات Drug addication حيث الرغبة القهرية الملحة من قبل الشخص فى الحصول على المخدر بأية طريقة كانت ، وأن الشخص يجد نفسه مقهورا على الإستخدام المفرط للمخدر ، بل ويعمل على تأمين الحصول عليه / ونزعة قوية للانتكاسة .Blum. 1984 (من خلال راشد بن سعد الباز ١٩٩٩ ، ٤٠)

٤ - الإعتماد على المخدر Drug dependence وهى حالة نفسية وأحيانا تكون عضوية تنتج عن التفاعل بين كائن حى ومادة نفسية ، وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوى دائما على عنصر الرغبة القاهرة فى أن يتعاطى الكائن مادة نفسية معينة على أساس مستمر أو دورى وذلك بقصد أن يخبر أثارها النفسية وأحيانا لكى يتحاشى المتع المترتبة على افتقادها وأحيانا قد يصحبها تحمل أو لايصحبها ، وقد يتعتمد الشخص على مادة واحدة أو أكثر . وتستخدم أحيانا عبارة (زملة أعراض الأعتماد) لوصف مجموعة من الإضطرابات المصاحبة لتعاطى المواد النفسية .

(مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ١٨ - ٢٠)

٥ - الإعتياد على المخدر Drug Habituation : حيث إن المعتاد بوسعه الإقلاع عن التعاطى مع بعض العناء ويستطيع بمفرده أو مساعدة (بسيطة) طبية أو نفسية أن يجتاز هذه المرحلة .

ومن وجهة نظرنا أن كل هذه المفاهيم تعبر عن فعل التعاطى وأن الفرق بينهم يكون فى الدرجة فالاعتياد والإستخدام يعدان أقل درجة فى فعل التعاطى فى حين أن

مفهوم التعاطى يمثل درجة أقوى من الإعتياد والإستخدام ، أما مفهومى الإعتماد والإدمان فيمثلان أعلى الدرجات حيث يصبح المخدر هو محور إهتمام وتفكير الفرد ، بل والمحور الذى تدور من خلاله كافة مناشطه وإن كان ذلك يمكن أن نجده مع مفهوم التعاطى المتكرر والكثيف لمادة مخدرة ، وسوف نستخدم فى هذه المراجعة (مفهوم التعاطى) فما هى محاولات تعريف هذا المفهوم ؟!.

يعرف فرج أحمد (١٩٧١) التعاطى بأنه : تناول المادة المخدرة من آن لآخر دون الإعتماد عليها والحاجة اليها ، ودون وجود لأعراض انسحابية جسمية كانت أو نفسية ، ودون زيادة فى كمية المادة المخدرة المتعاطاه .

(فرج أحمد ، ١٩٧١ ، ٢٤٣)

إلا أنه يؤخذ على هذا التعريف اقتصاره على تناول العقاقير التى تؤدى إلى الإعتياد فقط وإغفال العقاقير التى تقود إلى الإعتماد Dependence وما يجره ذلك من أعراض إنسحابية فى حالة توقف المتعاطى عن التعاطى .

أما مصطفى سويف (١٩٨٨) فيعرف التعاطى بأنه تناول أية مادة من المواد المسببة للأدمان للأعتماد بغير إذن طبى .

(مصطفى سويف ،١٩٨٨ ، ٨ – ٩)

وواضح إن التعريف قد ركز على تعاطى المواد المخدرة التى تقود الى الإعتماد بشقية البدنى والنفسى ، وهو تعريف قريب من الواقع فى عالم المخدرات ، وفى الحقيقة ومنذ أوائل الستينيات حين أوصت هيئة الصحة العالمية بإسقاط مصطلحى : الإدمان والتعود على أن يحل محلها مصطلح الإعتماد إلا أن مصطلح الإدمان مازال يستخدم حتى الآن ، بيد أننا سنستخدم فى دراستنا هذه مصطلح التعاطى أو المتعاطى والذى يعرف بأنه التعاطى المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية لدرجة أن المتعاطى يكشف عن عجز أو رفض للإنقطاع أو لتعديل تعاطيه وكثيرا ما تظهر عليه الأعراض الإنسحابية إذا ما إنقطع عن التعاطى ، بل تصبح حياة المتعاطى تحت سيطرة المادة المخدرة لدرجة استبعاد أى نشاط آخر غير الإهتمام بكيفية الحصول على المخدر ثم تعاطيه وهكذا .. ومن أهم سمات الشخص المتعاطى .

أ – ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة وهو ما يعرف بالتحمل .

ب – إعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة .

جـ – حالة تسمم عابرة أو مزمنة .

د - رغبة قهرية قد ترغم المتعاطى على محاولة الحصول على المادة المخدرة المطلوبة بأية وسيلة .

هـ - تأثير مدمر على الفرد والمجتمع .

(مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ١٧ - ١٨)

ويري الباحث أن هذا التعريف يحدد المعايير التى تكمن خلف التعاطى ، وكذا أخذه فى الإعتبار حلقات التعاطى الثلاث : (المتعاطى - المادة المخدرة - المجتمع) .

وإن كان مصطلح الإدمان Addication مازال يستخدم حتى الآن فى الموسوعات النفسية ، أنظر على سبيل المثال (Mccrady. 1996 . pp. 11 - 13) ويثير المفهوم العديد من الأمور مثل :

- **أشكال التعاطى :** حيث يرى البعض أن تعاطى الشخص لأى عقار مخدر يمر بأربع مراحل أساسية هى : مرحلة التجريب أو الإكتشاف . ثم مرحلة التعاطى الإجتماعى ، ثم التعاطى المنتظم ، وأخيرا مرحلة الإعتماد على تعاطى العقار المخدر.

(روبرت دييونت ١٩٨٩ ، ٥٥ ٥٧)

فى حين نجد البعض يدمج المرحلتين الثالثة والرابعة فى مرحلة واحدة على أساس أن الأنتظام فى التعاطى قد يقود إلى الإعتماد وهذا هو جوهر المشكلة .

(مصطفى سويف ، ٢٠٠٠ ، ٢٠)

وهو ما أكده كل من (زل اسلو بودى وينكهل . ج. كوزل من أن حالة الإعتماد (أو التعاطى) ليست حالة الكل أو اللاشيئ ولكن الإعتماد درجة قصوى على متصل يبدأ بالتعاطى .

(Zili. s & Nicholas. J.K. 1999 p. 63)

- **لماذا يستمر بعض الأفراد فى التعاطى ؟**

هند تتعدد وجهات النظر فى هذا الأمر . **فيرى فرويد وأنصاره** أن تعاطى الأفراد دون بعضهم الآخر - للمخدرات إنما يعود إلى العديد من العوامل أهمها تعرض الشخص لتجارب متعددة من الإحباطات والتى تولد بدورها العديد من الإنفعالات السيئة ، وأن المتعاطى يسقط صرعاته على العقاقير المخدرة كنوع من الدفاع ضد النكوص إلى حالة أكثر ذهانية .

(Breham & Khantzi an. 1992. 106 - 110)

فى حين يرى أنصار **النظرية السلوكية** أن التعلم يلعب دوراً أساسياً فى إستمرار

تعاطى الفرد ، وأن الفرد الذى يشعر بحالة من القلق والتوتر . ويتصادف أن يتعاطى كحولاً أو مخدراً ويشعر بعده بالهدوء والسكينة فإنه يميل إلى تكرار مثل هذه الخبرة بل قد يتعلم الشخص أن يسارع إلى تعاطى المادة المخدرة حتى يتخفف من آثار أعراض الانسحاب المؤلمة (Stderman 1991 . 15) فى حين يرى أنصار الأتجاه السلوكى المعرفى Cognitve Behavioural Approach إن القهر يعد مدخلاً اساسيا فى عملية التعاطى لأنه ينبنى على عامل التوقعات الناتجة من عملية التعلم وأن الفرد حين يتعاطى مخدرا ما فانهم غالبا ما يشعر بأنه لا يستطيع التحكم فى سلوكه ، وأن قليلا من المخدر لن يضر به أو يقوده إلى تدهور قدراته (Valleman , 1991 , 147) ولذا فإن المتعاطى لديه منظومة من الأفكاروالإعتقادات الخاطئة حول التعاطى والمخدرات وتأثير إنتهاء ولذا لابد من (دحض) هذه الأفكار أو لا ثم (بث) أفكار جديدة فى عقل المتعاطى (الناقة) حتى يستمر فى التعافى وعدم الإنتكاس (Beck, A.T. 1993)

– ولماذا ينتقل الأفراد من تعاطى عقار مخدر إلى عقار مخدر آخر ؟

يتصدى فرج أحمد (١٩٧١) للإجابة عن هذا التساؤل مؤكداً على ضرورة أن نتسلح بالمعرفة الشاملة والعميقة للأسباب والظروف التى تحيط بتعاطى المخدرات وأن من بين الأسباب : الأسباب النفسية وأن ثمة دوافع نفسية متعددة تحفز المتعاطى إلى الإقبال على مخدر ما ، وأننا هنا إزاء تحول فى البناء النفسى . وتغير فى الخواص النفسية تدفع إلى هذا الإنتقال ، اخذين فى الإعتبار أيضا التأثير المعاير لهذا المخدر الجديد ، والي زيادة حجم ضغوط الواقع التى يتعرض لها المتعاطى مما قد يدفعه إلى البحث عن مخدر ذى تأثير (قوي) يستطيع أن يساعده على مواجهة ذلك الواقع المؤلم المحيط به . إضافة إلى ضرورة الأخذ في الإعتبار العوامل الإجتماعية ومنها طبيعة العمل الذى يقوم به المتعاطى وما يطرأ على حالته الجسمية والصحية من تغيرات متعددة .

(فرج أحمد ، ١٩٧١ ، ١٠٥ – ١١١)

– ولماذا يختار الأفراد عقاقير مخدرة معينة ؟

إن لجوء الشخص إلى التعاطى لا يتم بصورة عشوائية ، بل يكون محتوم المعنى والدلالة ، وهناك نظريتان تفسران لنا لماذا يختار الشخص عقارا مخدراً دون غيره ؟

أولا : نظرية النمط الإجتماعى الدوائى ؟

حيث يركز أنصار هذه النظرية على فرض العلاج الذاتى Self Medication من خلال تطابق بين التأثير الفارماكولوجي للعقار المخدر وبين حالات الشعور أو الوجدان من جهة ثانية ، وأن تعاطى الشخص المخدر ما سوف يقود إلى حالة من التفاعل بين خصائص المادة المخدرة وخصائص شخصية الفرد المتعاطى ، أخذين بعين الإعتبار العديد من العوامل المساعدة على إستمرار التعاطى مثل : تأثير الأقران ، أدوات التعاطى ، وفرة المخدر .

(محمود رشاد ،١٩٩٧ ، ٥٨ – ٦٥)

ويلاحظ أن أنصار هذا الإتجاه قد ركزوا على خصائص العقار وخصائص شخصية المتعاطى متغافلين عن ذكر دور العوامل البيئية والإجتماعية ومدى توافر أو عدم توافر العقار المخدر فى محيط البيئة التى يعيش فى سياقها الفرد .

ثانيا : نظرية النمط الأكلينيكى النفسى :

حيث يرى أنصار هذا الإتجاه بوجود علاقة بين التعاطى ووجود إضطرابات شخصية سواء فى صورة كامنة أو فى صورة واضحة العلامات والأعراض ، ولذا فإن التعاطى للمواد المخدرة إنما يعد جزءاً من مجموعة الأعراض والإضطرابات النفسية والسلوكية المتواجدة لدى فئات من الشخصيات المضطربة ، وإن مثل هذه الشخصيات (بنفس هذا البناء النفسى المضطرب) إن لم تجد المخدر (لاخترعته) ، وإن نسبة كبيرة من المتعاطين يندرجون تحت مسمى : التشخيص المزدوج ، حيث يكون الشخص لديه مشكلة تعاطى متداخلة مع إضطراب نفسى – أو أكثر من إضطراب آخر (Winter 1991 , 9) (Bell Stephen,a et al 1993 293 . 310) ونرى أنه لا يوجد تناقض بين الأتجاه العلاج الذاتى والأتجاه الكلينيكى ، وأنه فى الحالتين يعانى المتعاطى من العديد من الأعراض والصعوبات النفسية مما قد يجره ذلك التعاطى خلاصاً من المعاناة .

وقد أكد كل ما سبق وجود علاقة بين البناء النفسى للمتعاطى وطبيعة العقار المخدر الذى يفضله ، وأن ذلك إنما يرتبط بالعديد من الإحتياجات اللازمة للبناء النفسى للمتعاطى . t. wilson. 1999 p. 45-52 (وأنظر كذلك ماهر نجيب ١٩٩٠) .

وإن العديد من الدراسات التى تناولت مدمنى عقار مخدر ما ، مركزة على الخصائص النفسية للشخص المتعاطى والإحتياجات التى يشعبها هذا المخدر قد كشفت عن العديد من الحقاق :

١ - وجود فروق فى البناء النفسى بين المتعاطين لعقار مخدر ما ، وبين المتعاطين لعقار آخر .

٢ - أن هذه الفروق كمية وليست كيفية .

٣ - وجود " مقام مشترك) كما يذكر مصطفى سويف (١٩٩٦) بين جميع المدمنين مثل سمات : الإكتئاب / مشاعر الذنب / الخجل / الشعور بفقدان القيمة / الإحساس بالنعدام الدور / زيادة الأنطوائية / الإنحراف السيكوتى / مخاوف مرضية / سلوك قهر مع ميل إلى الخضوع .

٤ - أن هذه الأمور يجب أن تكون واضحة حين نتعامل مع هؤلاء المتعاطين فى المراحل المختلفة للعلاج والتأهيل (بمراحله المختلفة) .

٥ - وأن تعلق الشخص بالمخدر إنما يجد صدى وقبولا فى بنائه النفسى ثم يتأكد حين (يخلص) الشخص لمخدره المفضل لأنه يشبع لديه إحتياجات نفسية معينة ، فإذا لم يوجد فى المخدر هذان الشرطان (الإتفاق مع البناء النفسى + إشباع الإحتياجات) فإنه يرفضه بدليل أن الدارسين للإدمان وقضاياه المتعددة يؤكدون على ضرورة التفرقة والتمييز بين مستويات ثلاث لتعاطى وهى :

- التعاطى الإستكشافى / الإستطلاعى .
- التعاطى فى المناسبات .
- التعاطى المتصل أو المستمر (وهذا هو لب وجوهر الإدمان) .

(مصطفى سويف ، ٢٠٠١ ، ٢٠)

ثالثا : مفهوم المخدرات Drugs

بداية يشير مصطفى سويف (١٩٩٦) أن مصطلح المخدرات يشير إلى معان كتعددة ومتداخلة بدرجة تدخل الغموض والإبهام أحياناً على تامقصود منه إلى هذا المعنى أو ذاك ، ولذلك يتحرج كثير من أهل الإختصاص الآن فى إستخدامه إلا فى أضيق الحدود .

(مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ١٦٢)

وتعرف المخدرات بإنها أى مواد مخدرة يتعاطاها بصورة منتظمة وتقود إلى العديد من المشكلات الصحية والنفسية والجسمية والإجتماعية لما تحدثه من تأثير شديد

على وظائف الجهاز العصبى المركزى ، ولما تحدثه من الإضطرابات فى الإدراك أو المزاج أو التقيد أو السلوك .

(مصطفى سويف وآخرين ١٩٩١ ، ص ١٣)

وترى أن هذا التعريف هو الأقرب إلى الواقع وإن كنا نرى أن تأثير المخدرات قد يحدث كل ما سبق من حيث تدهور فى الإدراك والمزاج والتفكير وكل ذلك إنما ينعكس على سلوك الشخص المتعاطى ، فضلاً عن ظاهرة تعاطى المخدرات وتأثيراتها المختلفة قد طرحت مسألة الإختلافات فى تحديد أو تصنيف المخدرات إلا أنذار يمكننا حصر المتغيرات التى قادت إلى هذه الإختلافات فى :

* نوع المخدر ودرجة تخديره وطبيعته من حيث التهدئة والتسكين أو التنبيه .
* علاقة المخدر وآثاره المختلفة .
* علاقة المخدر بدرجة الإعتماد أو الإعتياد .
* طريقة تعاطى المخدر .
* طبيعة التكوين الفردى من الناحية الحسية والنفسية وعلاقاتها بالإستجابة للمخدر .

(سعد المغربى ، ١٩٨٦ ، ٤٣ – ٧٦)

– العلاقة بين إنتشار مخدر ما وحضارة معينة :

ثبتت العديد من الدراسات التى تناولت إنتشار مخدر ما فى ثقافة ما بحيث يصبح هو المخدر المفضل فى هذه الثقافة ، أن هذا الإنتشار لا يتم مصادفة بل محتوم بالعديد من الدلالات والمعانى ، وأن إختيار المخدر (المعنى بالأمر) يعتمد على التفاصيل بين المعنى المزاجى الخاص والأثر الفيزيائى للمخدر ، وأنه يجد قبولا فى بنية الشخص النفسية طوال مراحل تطوره أو أثناءه (Wiederh. K., Kaplan. E. 1969. 399)

المخدرات وفقا لتعدد الدوافع والأمزجة التى تجد صدى وقبولا وراحة فى تعاطى مخدر ما . وقد يسئ أو لا يسئ الشخص التعاطى .
(Robert. I. P. & Valerie L. J, 1999 pp. 119 - 148)

وقد يسئ الشخص فى تعاطيه لمخدر ما وقد لا يسئ بناء على مدى إشباع المخدر لحاجاته النفسية ، مع العلم بأن أنواع المخدرات تتعدد وفقا لطبيعة البيئة الحضارية التى يعيش فيها الشخص (أنظر على سبيل المثال)

(Codern, H. , 1973, pp. 1 - 16)
(Girden. J. F & Watter . A, C, 1992, 357 - 370)
(Bagnall. G. 1988 , 241 - 251)
(Barr, H. & Cohen, A, 1987 6,252 - 541)
(Beeker, U. et al. 1989, 75 - 82)
(Chapman L & Huggerns, L, 1988, I, 67 - 81)

(فتحى عيد ١٩٨٧ ، ١٤)

(Soueif et al. 1980) وأنظر كذلك :

(مصطفى زيور ، ١٩٨٦)

المحكات التشخيصية للأعتماد على المواد والمؤثرات نفسيا طبقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع : (*)

تحدد الرابطة الأمريكية للطب النفسى عام ١٩٩٤ أنواع معينة من المحكات يجب توافرها لكى يتم إستيفاء غرض تشخيص إضطرابات التعاطى والإدمان وهى :

* تحديد هوية المادة أو المواد المستخدمة .
* تاريخ إستخدام هذه المادة أو المواد .
* تاريخ إستخدام المادة فى حالة الطوارئ والعلاج .
* مندى حدوث إضطراب معرفى (إختلال وتشوش زمانى أو مكانى ، إختلال الإنتباه ... الخ .
* مدى وجود إضطرابات فسيولوجية ترتبت على التعاطى مثل (زيادة سرعة ضربات القلب ، زيادة الضغط ، إنخفاض الضغط .. الخ) .
* مدى وجود إضطرابات عصبية (مثل عدم التوازن ، نوبات صرعية .. الخ) .
* التهيج أو التأخر النفسى الحركى .
* مدى حدوث تغيرات فى الإدراك والإنتباه والتفكير .
* مدى حدوث تغيرات فى الشخصية والمزاج .
* الفحوص التى تجرى للبول ومستويات الدم للكشف عن طبيعة المادة الخدرة

(*) أعتمدنا فى كتابة هذا الجزء على كتابنا : الإدمان : أضراره ، نظريات تفسيره ، علاجه (٢٠٠٥) للمؤلف .(دار غريب)

التى تم تعاطيها .

* مدى حدوث إضطرابات فى الحياة الإسرية والمهنية (أو الأكاديميه) للشخص المتعاطى .

* مدى حدوث مشكلات قانونية (سجن - أحكام) قد ترتبت على هذا التعاطى .

ويتطلب التشخيص توافر المحكات الآتية :

أ - أن نموذج سوء التكيف لايستخدام المادة المؤثرة نفسيا يؤدى إلى اسى أو كرب دال إكلينيكيا ، كما يشار إليه بواحد أو أكثر من الخصائص التالية والتى لابد من أن تحدث فى فترة عام (١٢ شهرا) .

١ - الاستخدام ، المتكرر للمادة والذى يؤدى إلى فشل فى تحقيق المسؤليات والواجبات المفروض أن ينهض بها الشخص فى نطاق البيئة التى يعيش فيها .

٢ - الاستخدام المتكرر للمادة المؤثرة نفسيا فى المواقف التى يكون الإستخدام فيها مضر وخطر (مثل قيادة السيارات أبان عملية التخدير) .

٣ - الاستخدام المتكرر للمادة المؤثرة نفسيا بالرغم من معرفة أن هذا الاستخدام يقود الفرد إلى العديد من المشاكل والأمات سواء أكانت شخصية (تخص الفرد) أو تخص أفراد آخرين .

٤ - تكرار المشاكل القانونية المرتبطة بإستخدام المادة المؤثرة نفسيا .

٥ - لا يمكن مطابقة معايير الإعتماد على المادة المؤثرة نفسيا على الإطلاق بالنسبة لهذه المادة (على سبيل المثال - حالات إلقاء القبض على الفرد ، الحوادث المرورية المتعلقة باستخدام مادة العقار أو المخدر ، أو الدخول فى (عراك) بدنى متعلق بإستخدام تلك المادة) .

معايير تشخيص الإعتماد على المواد المخدرة :

إستخدام المواد المخدرة - على الأقل لمدة عام - مع حدوث حالات من الأسى على النفس والكرب Stress من خلال المحكات الآتية :

١ - **التحمل أو الإحتمال :** ويتحدد من خلال :

أ - الحاجة المتزايدة إلى كميات متزايدة من المسار والمتعاطاه لتحقيق التأثير المباشر والفورى لها .

ب – الشعور بالتأثير الذى لا يجدى بالرغم من الإستمرار فى إستخدام نفس الجرعة لأى إن الجرعة كانت فى البداية تقوم بأداء التأثيرات الفسيولوجية والنفسية المطلوبة ولكن مع إستمرار التعاطى وبنفس كمية المادة أصبح تأثيرها منخفضا .. ولذا يميل الشخص إلى زيادة كمية المادة المتهاطاه) .

٢ – **الأنسحاب :** ويتحد من خلال :

أ – زملة أعراض الإنسحاب المميز للمادة المتعاطاه كما تتحدد من خلال معيار (أ – ب) فى الانسحاب للمواد المؤثرة نفسيا .

ب – تعاطى نفس المادة لتجنب اعراض الانسحاب أو التخلص من تلك الأعراض .

٣ – غالبا ما يتم تعاطى المادة المتعاطاه بكميات كبيرة .

٤ – وجود دافع قوى ورغبة شديدة فى تقليل أو ضبط كمية المخدرات (أو المادة المتعاطاة) إلا أن هذه الرغبة (أو الجهود) تفشل .

٥ – ضياع وقت أكبر فى أنشطة مرتبطة بالمادة المتعاطاة مثل (كيفية تدبير النقود التى سيشترى بها المخدر ، والتاجر .. الخ .

٦ – أحداث شلل (أو توقف فى الأنشطة الإجتماعية أو المهنية أو الترفيهية الهامة مع الآخرين .

٧ – الإصرار على إستخدام المادة المتعاطاه بالرغم من معرفة الفرد المسبقه بأضرار الاستمرار فى التعاطى (سواء أكانت هذه الإضرار فسيولوجية جسمية ، أو نفسية عقلية ، أو إجتماعية أخلاقية) .

ويتحدد الإعتماد وما إذا كان فسيولوجيا أو نفسيا من خلال المعيار (١ + ٢) الإعتماد الفسيولوجى ، بينما لا توجد دليل على الإحتمال أو الإنسحاب فى البند ١ + ٢

التسمم :

يتم تشخيص التسمم من خلال المعايير الآتية :

أ – زيادة فى الأعراض الناتجة عن تعاطى مادة مؤثرة نفسيا وبصورة نوعية (تعاطى أكثر من مادة مخدرة يعود بالطبع إلى زيادة الأعراض الناتجة بل وتشابكها) .

ب – تعود التغييرات النفسية أو السلوكية الداله على سوء التكيف إلى تأثير

المادة على الجهاز العصبى المركزى ، وتحدث هذه التغيرات السلبية بالطبع) بعد فترة وجيزة من إستخدام المادة النفسية .

جـ لا ترجع تلك الأعراض إلى حالة طبية عامة (تعاطى مواد نفسية ، أو نتيجة الإصابه بإضطراب عقلى آخر .

الإنسحاب:

ويتم تشخيصه وفقا لتوافر المعايير الآتية :

أ – زيادة زملة الأعراض الخاصة بالمادة التى يتعاطاها الفرد يعقبها التوقف أو تقليل الجرعة من المادة المتعاطاه والتى أعتاد الشخص أن يتعاطاها بإنتظام .

ب – تحدث هذه الزملة من الأعراض كربا دالا فى حياة الفرد من خلال حدوث (شلل) أو توقف فى حياة الفرد الإجتماعية أو المهنية أو أى إنشطة أخرى .

جـ – إن هذه الأعراض لا ترجع إلى حالة طبية عامة أو إضطراب عقلى آخر .

(APA. , 1994)

هل إدمان النيكوتين (التدخين) يدخل ضمن باب الإدمان أم لا ؟

يثير البعض قضية أن تعاطى السجاير (أو الشيشة) لا يدخل فى باب الإدمان أو معى حيل دفاعية معروفة فى مجال السلوك الإنسانى . لكن الحقيقة التى يجب أن نقدمها فى هذا الصدد هى :

أ – يوجد ما يسمى بالإضطرابات المتعلقة بالنيكوتين Nicotine - Related Disordors .

ب – أن هذا الإضطراب وفقا للتصنيف الرابع DSM IV , 1994 للرابطة الأمريكية للطب النفسى يتحدد فى :

أ – إضطراب إستخدام التيكوتين :

– الإعتماد على النيكوتين.

ب – الإضطراب الناجم عن النيكوتين :

– إنسحاب النيكوتين .

جـ – إضطراب متعلق بالنيكوتين غير مصنف فى مكان آخر .

إنسحاب النيكوتين : Nicotine withdrawal

١ - إستخدام يومى للنيكوتين لعدة أسابيع على الأقل .

٢ - ظهور (٤) علامات أو أكثر من العلامات الآتية (بعد ٢٤ ساعة) من التوقف عن استخدام النيكوتين أو تقليل الكمية التى اعتاد الفرد أن يتعاطاها وباستمرار.

العلامات هى :

أ - المزاج المنقبض أو الإكتئابى .

ب - الأرق .

جـ - سرعة الإستشاره والإحباط أو التعصب .

د - القلق .

هـ - صعوبة التركيز .

و - عدم الإستقرار .

ز - إنخفاض خفقان القلب .

حـ - زيادة الشهية للطعام مع ما يترتب عليه من زيادة الوزن

٣ - إن الأعراض السابقة فى المحك (٢) تتسبب فى إضطراب أو خلل ذى مغزى اكلينيكى فى الأداء الإجتماعى والمهنى أو غيرها من مجالات الحياة الهامة .

٤ - إن هذه الأعراض لا تكون نتيجة أى حالة مرضية أو طبية عامة أو أى إصابة بإضطراب عقلى آخر .

(APA., 1994)

الإضطراباب التى تحدثها المخدرات والكحوليات : تقسم إلى :

١ - إضطرابات إستخدام المواد المخدرة .

Substance Use disorder

مثل الإعتماد على المخدر والعقار أو إساءة إستخدام المخدر أو العقار .

٢ - إضطرابات تحدثها المواد المخدرة .

Substance induced disorer

مثل التسمم أو الثمالة بالمخدر ، وإنسحاب العقار إو الضلالات وفقد الذاكرة أو الإضطرابات الذهانية ، وإضطراب المزاج والقلق . والإضطرابات الجنسية الوظيفية وإضطرابات النوم (وغيرها من الإضطرابات التى تترتب على أستخدام المادة المخدرة .

المواد المخدرة :

فأما عن المخدرات فتاريخ الإنسان معها قديم ، ولعل نبات الحشيش Hash ish يعد أكثر أنواع المخدرات إنتشارا فى دول الشرق الأوسط ويعرف بأسماء متعددة (هانى عرموش ، ١٩٩٣ ، ٩٢) . وقد إرتبط الحشيش ببعض المذاهب المتطرفة وذلك لأن كلمة « الحشاشين » قد أطلقت فى الأصل على طائفة من الإسماعيلية عاشت مع زعيمها « حسن بن صباح » حيث كان يوحى إليهم وهم تحت تأثير المخدر بإغتيال خصومه .

(عادل الدمرداش ، ١٩٨٢ ، ٢١٠)

إلا أن الاستخدام الطبى للحشيش وفى أماكن متعددة من العالم لم يختلف عليه المؤرخون وكان الاستخدام فى مصر قد تعرض للمد والجذر .

(مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ٣٨ : ٤٤)

وبرغم من أن هذا المخدر من أقدم المخدرات التى أكتشفها الإنسان واستخدمها لفترات طويلة إلا أنه لم ينتبه إلا مؤخرا إلى أضراره المتعددة (Lesler Grinspoon & Jamesd B. 1992. pp. 236 - 240) ، بالرغم من أنه منتشر فى أماكن كثيرة فى العالم طبقا لتقرير لجنة المخدرات بالمجلس الإقتصادى والإجتماعى التابع للأمم المتحدة .

(أحمد على ريان ، ١٩٨٤ ، ١٩٠)

كما تتعدد طرق تعاطى الحشيش ويرجع إختيار الطريقة إلى عوامل متعددة خاصة بالفرد ومكانته الإجتماعية .

(سلوى سليم ، ١٩٨٩ ، ٤٠)

وكذا عرف نبات الخشخاش (الأفيون) Opiun منذ القدم ولازال حتى الآن وعند كثير من الشعوب يستخدم فى الطب الشعبى كعلاج لكثير من الأمراض ، هذا فضلا عن التعاطى لأغراض الكيف وتحقيق الشعور بالنشوة والراحة وتحمل العمل والنشاط الناتج عن حالة الاعتماد الفسيولوجى على المخدر يسبب الإدمان .

(سعد المغربى . ١٩٨٦ ، ١٢ – ١٣)

ورغم وجود قوانين تمنع زراعته إلا أن زراعته وإنتاجه يتم بحيل وطرق متعددة .

(عز الدين الدنشارى وآخرون ، ١٩٨٨ ، ١٣ - ١٤)

ولعل أهمل الفصول فى تاريخ الأفيون هو التمكن من عزل العنصر الفعال فى الأفيون وهو المورفين ، إضافة إلى إمكانية تخليق الهيروين معمليا .

(مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ٣٨)

ونبات الكوكا Coca– أيضا – يعد من المخدرات الطبيعية والتى عرفها الإنسان منذ القدم ، كما أرتبط إنتشاره بالطقوس الدينية فى ذلك الوقت البعيد إلا أنه قد جاءت مرحلة زمنية أخرى قد تغيرت هذه النظرية وعد مضغ الكوكا عملا مشينا وتدنيسا للمقدسات ، كما يحدثنا التاريخ الأسبان كانوا يعطون أوراق الكوكا الخضراء (كعملة) معترف بها إيان فترة الإستعمار الأسبانى (Marks. Gold , 1992, pp, 205 - 209)

والقات Khat يعد من المخدرات الطبيعية ، وهو شجرة دائمة الخضرة ، وله أسماء مختلفة فى البلدان التى تستخدمه .

(عبد الله عسكر ، كمال أبو شهده ، ١٩٩٣ ، ٥٢٦)

ولعل المادة المخدرة فى هذا النبات هى « القاتين » وهو العنصر الفعال فى أوراق نبات القات ، إذ يشعر المتعاطى بالتيقظ ، وتحمل الجوع والإحساس بالعظمة ثم تصيبه خالة من الغيبوبة يظل فيها عاجزا عن مزاولة أى عمل حتى يحين موعد تعاطيه للجرعة التالية .. وهكذا » .

(غريب سيد أحمد ، ١٩٨٥ ، ٣٠)

كما أن هناك طقوسا يلزم بها أهل اليمن فى تعاطى القات تسمى مجالس القات، حيث يضعون أوراق القات فى الفم ويقومون بمضغها ببطء شديد ويطلق على هذه الظاهرة أسم التخزين (Luqmanw & Donansk. 1976, pp. 246) . ولذا فإن العديد من بعض المجتمعات الشرقية تعد القات مادة منبهة مثل البن والشاى إلا أن الكثير منها تستخدم عقابا صارما لماضغ القات (Taha Baashers . 1981, p. 239) كما أن أهل مصر لا يستخدمون القات كما أوضح ذلك التقرير التمهيدى للجنة المستشارين العلميين (لجنة المستشارين العلميين . ١٩٩١ ، ٣٩ – ٩٢).

أما عن المخدرات الصناعية فهى أكثر خطورة على الأفراد وفتكا من المخدرات الطبيعية ومنها مخدر الهيروين Heroin، والذى يعد من المخدرات الأكثر خطورة وله تاريخ طويل من الإستخدام فى الولايات المتحدة الأمريكية (Jeromeg Platt, 1988. pp. 3 - 34 , V. I) وهو أحد مشتقات الأفيون وأقوى من الموروفين خمس مرات ، كما

أن سيطرته على المتعاطى سريعة .

(عادل صادق ، ١٩٨٦ . ٦٠)

ولعل لهذا المخدر وظيفة حيوية هى قدرته على إزالة القلق والشعور بالنشاط وفى الميدان الطبى تستخدم هذه المخدرات لقتل الآلام (بيترلورى ، ١٩٩٠ ، ٢٧) وقد تزايد الإقبال على إدمان الهيروين بصورة مفزعة فى عديد من دول العالم (سلوى سليم ، ١٩٨٩ . ٦٠) ، ولذا فقد نظر إلى الهيروين على أساس أنه « مصدر الشرور بالمجتمع الحديث .

(روى روبرتسون ، ١٩٨٩ ، ٤٢)

أما المخدرات التخليقية ، فقد صنفتها هيئة الصحة العالمية عام ١٩٧٣ إلى ثلاثة أنواع هى : عقاقير تؤدى إلى التنبيه الشديد للجهاز العصبى وهى تسمى بالعقاقير المنبهة ، وأخرى تؤدى إلى الهدوء والهبوط وتسمى بالعقاقير المهدئة ، وعقاقير تؤدى إلى الإدراك والإنفعال والتفكير وسرعة الحركة وتسمس بعقاقير الهلوسة) J. Thamas Ungerleider & Robertpechnick, 1992. 288 - 290 ولعل من أشهر العقاقير المنشطة الإمفيتامينات Geotger. K.& E. Ellinwood.1992. pp.) 247 - 251) ، أما العقاقير المهدئة – المنومة Depressants فتنقسم إلى عدة أنواع أشهرها مضادات الإكتئاب .

(عادل دمرداش . ١٩٨٢ ، ١٤٢ – ١٤٤)

أما النوع الثالث فمن أشهر الأنواع عقار الهلوسة L. S. D. ، وقد شاع استخدام هذا العقار فى الستينات بين جماعات الهيبز ، وبعض الفنانين والكتاب فى أوربا . (Dothye. D. 1989. pp. 55 - 65 .

أما الخمر فقد استخدمها الإنسان منذ آلاف السنين كدواء ومسكن للألم وأيضا فى ممارسة الطقوس الوثنية القديمة ، كما جاء ذكرها فى عدة حضارات قديمة .

(عادل دمرداش ، ١٩٨٢ ، ٨)

كما أن هناك دراسات عدية تتحدث عن دور الكحوليات فى حياة المجتمعات .

(مصطفى سويف ١٩٩٦ ، ٣٥) .

ويعد من أكثر أنواع الإدمان إنتشارا فى الولايات المتحدة الأمريكية ، خاصة بين الطبقات الإجتماعية العليا والتى ترى أن تعاطى الكحوليات جزءاً أساسياً من الحياة الإجتماعية

(روبرت . ل. ديبونت ١٩٨٢ ، ١٢٧)

ولذا يسود اعتقاد بأن تعاطى الكحول مثله مثل الإتجاه نحو لعب التنس (Thedrinking Jame

ولذا فإن إستخدام المواد المخدرة والمغيرة للحالة النفسية تعد من أخطر المشاكل التى تواجه الأفراد والحكومات (Yishiaj Almog et et, 1993 p 220) كما يتزايد عدد مدمنى الكحوليات بالرغم من التحذيرات الكثيرة التى يطلقها العلماء حول أضرار الكحوليات وحملات التوعية المختلفة (Donaldw. J. 1992 p 199)

أما المواد الطيارة (Volatile Suds Tances) فهى مجموعة أدرجتها هيئة الصحة العالمية مع المواد التى تسبب الإدمان عام ١٩٧٣ . ولعل ما لفت الأنظار إلى إدمان هذه المواد هو إنتشارها بين قطاعات واسعة من الشباب وتحديدا طلاب المدارس خاصة المراهقين منهم(Cherlesw S. neki . L. Berg. 1992, pp. : 303 - 305) (ناصر ثابت ، ١٩٨٤، ١٧) و(Khalidak Umran et. el . 1993. p. 520 - 524)

والمواد الطيارة من المواد المخدرة والتى عُرفت منذ القدم حيث كان الإنسان القديم يلجأ إلى استخدام بعض المواد ذات الروائح والأبخرة النفاذة كوسيلة إلى تغيير الحالة النفسية فى إطار طقوس تقام لأغراض سحرية أو دينية (Sharp. C. W. & Kormn. M. 1981. pp. 233 - 255) ولكن البدايات عرفها المجتمع الإنسانى الحديث للمواد الطيارة قد بدأت مع ظهور ما عرف باسم الغاز المضحك Nitousoxide والذى عرف فى السويد منذ وقت مبكر.

(مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ٦٠ – ٦١)

أضرار المواد المخدرة :

إذا إنتقلنا للحديث عن إضرار المواد المخدرة فنجد أن لها العديد من الأضرار فإذا أشرنا إلى الأضرار الجسمية فنجد أن الحشيش يقود إلى العديد من المشاكل الجسدية أهماها السرطان (Jackh Mendelson & Nance. K. Mello. 1991. pp. 184 - 185) ، وكذا تعاطى الأفيون يقود إلى العديد من المشاكل الصحية .

(سعد المغربى . ١٩٨٤ ، ٣٠ – ٣٧)

أما إدمان الهيروين فيصيب الفرد المدمن بالعديد من الأضرار الجسيمة حيث أثبتت العديد من الدراسات أن إدمان الهيروين يؤثر على القلب والشريان التاجى (Ahmen G. Abuasayem et. et. 1989. pp. 38 - 42) ، كما أن استمرار الإدمان يؤدى إلى التهاب الكبد الفيروسى .

(عز الدين الدنشارى وآخرون ,١٩٨٩ ٦٨ – ٧٢)

إضافة إلى مرضى الـ .H. I. V أو الإيدز (روى روبرتسون ، ١٩٨٩ ، ١٢٢ – ١٢٦) والذى لا ينتج فقط عن العلاقات الجنسية الشاذة بل ينتشر بين المدمنين والذين يقومون بحق أنفسهم ، ناهيك عن أن العديد من الإحصاءات قد أثبتت وجود عدد من الوفيات نتيجة الحقن الزائدة بالجرعة Overduse والذى يقود سريعا إلى الوفاة Suddendeath أثناء (Gennato, O. 199. pp. 3 - 4) ، ولعل الموت المفاجئ التعاطى نتيجة الحقن الزائد يحدث نتيجة لخمس طرق حددتها وآخرون .
(Louria et et 1995)ومن أهمها الجهل بالكمية التى يتحملها الجسم ، والميل إلى زيادة الجرعة ، فضلا عن عدم استخدام الهيروين النقى .Jerome J. Poure Polatt)
1995. 2. pp 85 - 87)

كما أن المشاكل الصحية التى يحدثها إدمان الخمر كثيرة وخاصة على الكبد وتشحمه ناهيك عن الأضرار الأخرى - Bejamin G. Lahey . 1980 pp. 463)
(465 وهى غالبا اضرار متصلة ومستمرة .

(نبيل الطويل . ١٩٨٥ . ٧١ – ٧٧)

كما أن إدمان القات يقود إلى العديد من الأضرار الصحية خاصة على الجهاز الهضمى (Yusut H. Khalif B. et el. 1976. pp. 246 - 249)، إضافة إلى تأثر القلب ومعدل التنفس وضغط الدم (Abdullah. S. Elmi. 1983 pp. 153 - 154)

(عبد الله عسكر ، كمال أبو شهده ، ١٩٩٣ ، ٥٢٧)

والأضرار الجسمية / الصحية لمدمنى إستنشاق الطيارة فكثيرة ومن أهم مضاعفاتها الوفاة الفجائية إضافة لتصدع فى الأبنية والقيم الإجتماعية التقليدية .. بل ومن المحتمل أن العالم سوف يواجه أضراراً خطيرة متعلقة بالمخدرات Griffitle. &)
Awni, Afif (eds) 1980 pp. 24 246)5، وهو ما وجده الباحث من خلال أطروحته للماجستير وتحليل البيانات الإحصائية لبعض الجرائم فى مصر إذ وجد أن القتل يتم من أجل السرقة ، والسرقة من أجل الشم .

(محمد حسن غانم ، ١٩٩٠ ، ٢٠٩ – ٢١٠)

وهو نفس ما أكدته دراسة بال وآخرون Ball et al, 1982 من أن أرتفاع معدلات الجريمة جاء مقترنا بالإدمان ، كما جاء الإنخفاض مقترن بالإقلاع عن التعاطى خاصة لدى مدمنى الهيروين Ball et al, 1983 pp. 119 - 142) إضافة إلى

أن فعل التعاطى وحيازة المخدرات جريمة يعاقب عليها القانون .

(عبد الحكيم عفيفى ، ١٩٨٦ ، ١٦٠)

كما أن الإدمان - خاصة أدمان الهيروين يقود المدمن إلى فعل أى شئ مما يأباه الواقع والدين ·

(محمد على البار ، ١٩٨٨ ، ١٩٦٠) ، (هانى عرموش . ١٩٩٣ ، ٣٦٥ - ٣٧٨)

وهكذا تتكامل حلقات الأضرار . ولقد أوضح (Mary Jeanne Kreelc, 1992) إن مشاكل الإعتماد على المخدرات ليست قاصرة على مخدر دون آخر ، بل أن جميع أنواع المخدرات ضارة ، وتحدث مشاكل طيبة Medical Prodlems وضطرابات نفسية وعقلية قد ذكر فى الـ DSM III Rو الـ DSM IV, 1994 كما أن العديد من المدمنين ينتمون إلى نمط الشخصية المضاد للمجتمع Anto Social Personality Types وهى أنماط من الشخصية تحفل طفولتها بمشاكل سلوكية توافقية تعبر عن العدوان الشديد مع المجتمع (Maty. J. 1992, pp. 997 - 1007)

الشخص المدمن ودينامياته :

فإن إنتقلنا للحديث عن الحلقة الثانية من حلقات الفعل الإدمانى (بعد أن تحدثنا عن المواد المخدرة وأضرارها) وأقصد به الشخص المدمن وديناميات شخصيته نجد أن عديداً من الدراسات قد ذهبت إلى القول بوجود سمات نفسية معينة تميز شخصية المدمنين

(بيترلورى ١٩٩٠ ، ٥١) ، (جون ج. تايلور . ١٩٨٥ ، ١٤٨ - ١٤٩) ، (عبد المجيد منصور ، ١٩٨٦ ، ١١٤) ، سعد جلال ، ١٩٨٦ ، ٤٥٠) (عادل صادق ١٩٨٦ ، ٢٩ - ٣٣) ، (محمد شعلان ، ١٩٧٩ ، ١١٢ - ١١٣)

بل أن عديداً من الأبحاث والدراسات قد طرحت قضية : **هل الإدمان وراثى أم سلوك مكتسب ؟** ولقد أتبع دارسو العلاقة بين الوراثة والإدمان مناهج متعددة منها : دراسة الحيوانات فى المختبر ، ودراسات التوائم ، ودراسات التبنى ، وطريقة العلاقة بين الإدمان والأمراض الوراثية ، ورغم تضارب النتائج فى بعض الدراسات إلا أنه - على سبيل المثال - قد ذكر نورمان ميلر ومارك جولد (١٩٩١) أن الدراسات التى أجريت على أطفال أسر المدمنين فى كل من شمال أمريكا وغرب أوروبا قد أوضحت أن الأطفال الذين ينتمون إلى آباء مدمنين للكحوليات يشيع بينهم الإدمان .Not) mans Miller & Matks gild, 1991 p. 31) وكذا وجدت دراسات حديثة أن

الأبناء الذين ينحدرون من آباء مدمنين للكحوليات يزيد معدل إنتشار الإدمان بينهم على نحو أربعة أمثال معدله بين الأبناء الذين ينحدرون من آباء غير مدمنين ، وذلك رغم التنشئة فى بيئات التنبى حيث لا يوجد إدمان (Anthenelli & Schuckitm A, 1992, pp. 39 - 50)

النظريات التى فسرت ظاهرة الإدمان :

هناك عديد من النظريات التى فسرت ظاهرة الإدمان ومنها رأى **المحللين النفسيين** ، والصيغة العامة لنظرية التحليل النفسى فى تفسير السلوك المرضى تجرى كالآتى : « إحباط لا يقوى الراشد على مواجهة آثاره النفسية بحل واقعى مناسب سواء أكان ذلك نتيجة لضخامة الإحباط ، أو لاستعداد نشوئى قوامه عدم القدرة على إحتمال الإحباط والأغلب أن يكون ذلك مزيجا من العاملين معاً . وتؤدى نتائج الاحباط الصدمى للنفس الى توتر يؤدى بدوره إلى النكوص إلى أنماط من السلوك تميز مراحل الطفولة خلاصا من الموقف المحيط .. وإذا تساءلنا عن المرحلة التى ينتمى إليها سلوك متعاطى المخدرات فهى مرحلة مجاورة للمرحلة التى ينتمى إليها المرضى بذهان « الهوس والإكتئاب » أى المرحلة الفمية المتأخرة »

(مصطفى زيور ، ١٩٨٢ ، ١٩٤ – ١٩٥)

ولذا فإن المدمن هو شخص محبط ومكتئب ، ويتميز بالعجز والسلبية تجاه العالم .

(أحمد فائق ، ١٩٨٢ ، ٤٢٠)

كما أكد تشارلز ونيك (Charles Winick , 1980) أن مدمنى المخدرات بصفة عامة يميلون إلى التبرير Rationalisation لتعاطيهم ، إضافة إلى عدم تحديد الأدوار الجنسية بين الذكور والإناث والإحساس بفقدان الدور الفعال فى صنع ما يجرى داخل المجتمع (Charles W. 1980 , p . 22) ولذا فإن الإدمان ما هو إلا عملية هروبية تعنى تدمير جانب من الموضوعات ، وجانب من المشاعر ومن الآنا الذى يحيى هذه المشاعر أى تزوير الواقع النفسى وإكارا له .

(فرج أحمد ، ١٩٦٤ ، ٤٢٢)

كما أجمل سعد المغربى عدداً من السمات التى تميز الصورة العامة للمدمنين فى ضوء نظرية التحليل النفسى (سعد المغربى ، ١٩٨٤ ، ٤١٩ – ٤٢١) كما أن هناك عديداً من الدراسات التى أيدت وجود سمات تميز شخصية المدمنين ، فقد

أجرى هوفمان Hoffmann, II عدداً من البحوث على نزلاء مستشفى ولاية مينسوتا بالولايات المتحدة الأمريكية وهم من مدمنى الخمور ، ووجد أن إدمان الخمور يرتبط لدى المدمنين بعدد من الخصال الشخصية غير السوية مثل : الإكتئاب ومشاعر الذنب، والخجل من الذات ، والشعور بفقدان القيمة ، وإنعدام الدور ، إضافة إلى الاعتماد على الآخرين ، والسلبية ، وإنخفاض سمات الاستقلال والسيطرة على النفس وتحمل الآلام (Hoffmann, H. 1970 Hoffmann, H. 1970 (App. 23 - 26) (B0 pp. 166 - 171)

كما وجد هوفمان أيضا أن تقدم العمر يؤدى إلى تدهور فى عديد من سمات الشخصية مثل زيادة الإنطوائية عن الآخرين ، وتدهور درجات الذكاء ، ونقص القدرة الجنسية الغيرية ، والإنحراف السيكوباتى والسيكاسنيا والمخاوف المرضية والسلوك القهرى مع ميل إلى الخضوع - Hoffman , H. & Nelson. J. 1971. pp. 559) 562) (Hoffman , H. & Nelson. J. 1971(A) pp: 134 - 146

فإذا تناولنا رأى علماء النفس السلوكيين فى تفسير ظاهرة الإدمان فإنهم يرون أن الإدمان عملية متعلمة ، وأن البيئة التى يتواجد فيها الفرد لها دور فعال ، إلا أنهم يرون أن هناك عديداً من الأفراد ممن يتعرضون للمخدرات فى بيئتهم لكنهم لا يتعلمون الإدمان .

(سعد جلال ، ١٩٨٦ ، ٤٥٢) ، (عادل دمرداش ، ١٩٨٢ ، ٤٦ : ٤٧) ، (بيترلورى ، ١٩٩٠ ، ٥٩)

كما أن هناك عديداً من الأسباب المهيئة للإدمان مثل توافر المخدر وسهولة الحصول عليه ، وضغط الرفاق إضافة إلى عدم توفر النموذج والقدوة فى بيئة المدمن والمعاناة من القلق والظروف المعيشية الضاغطة .

(عبد العزيز بن عبد الله الدخيل ، ١٩٩٠ ، ١٠٩ – ١١٦)

أما رأى علماء الإجتماع فى تفسير ظاهرة الأدمان فإنهم يرجعون الإدمان إلى طبيعة ومشاكل المجتمع الذى يتواجد فيه الفرد ، إلا أن هناك ظواهر عامة تسود المجتمع ككل خاصة السلوك المنحرف مثل الإجرام والإدمان والبغاء وغيرها .

(عبد الحكيم العفيفى ، ١٩٨٦ ، ٦٣ – ٦٤)

ولذا فقد حظيت الأسرة بالعديد من الدراسات مثل دراسة د.ج. هنت D. G.) Hunt 1975) ، والذى تناول العلاقة بين الآباء والأبناء وطبيعة المناخ الأسرى وقد

وجد أن البيئات الأسرية الفوضوية والديكتاتورية يسود فيها التعاطى كرد فعل لهذه العلاقة غير السوية ، بينما يكاد ينعدم التعاطى فى العلاقات التى يسودها جو من الألفة وتبادل الرأى بين الآباء وأبنائهم (D.G. Humt, 1975 pp: 267 - 285) وهى نفس النتيجة التى أكد عليها هاندلبى ومارشر (١٩٨٧) من حيث أهمية دور الأسرة فى دفع الأبناء من عدمه إلى سلوك التعاطى أو الإنحراف ، وكذا الأقران وتأثيرهم فى التعاطى من عدمه (Nanelledy , J. D. & Melcer G. W. 1982 pp . 151 - 164) وإمتداداً لتأكيد دور الأسرة كشفت دراسة ولسون (Wilson 1980)عن وجود عديد من العوامل التى تقود المراهقين إلى تعاطى المخدرات مثل غياب دور الوالدين فى الإشراف والتوجيه أو الإهتمام بسلوك أبنائهم ، وأن تجاهل الأباء لسلوك الأبناء .. أين كانوا .. ومتى يعودون .. ولماذا يتأخرون .. كل ذلك يمثل الأرضية الخصبة للإنحراف والإدمان (Wellson H. 1980 pp. 203 - 235) كما أكد موريس (Morris 1983) على الدور الذى يلعبه غياب الوالدين أو أحدهما فى تعاطى المخدرات ، حيث أجرى دراسة مقارنة بين الأسرة المفككة (أو المتصدعة) ، والأسرة ذات البنيان المتماسك (غير المتصدعة) وقد وجد سيادة سلوكيات التعاطى والإنحراف لدى أبناء الأسرة المتصدعة وقد عزا ذلك إلى غياب مشاعر الأمن والحب والطمأنينة والتوصل الإنسانى Human Comunaction وسيادة مشاعر الحرمان) (Earl W., Morris, 1983 pp. 1 - 2) وهى نفس النتيجة التى توصل إليها مصطفى سويف وزملاؤه (١٩٩٥) فى دراستهم عن تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين طلاب الجامعات

(مصطفى سويف وآخرون ، ١٩٩٠ ، ٤٤٣ – ٤٤٤)

كما أن المناخ غير السوى إنما يوحى للفرد بأنه منبوذ ومرفوض من قبل أسرته، وأن هذا الشعور فى حد ذاته يرتبط إرتباطا إيجابيا بتعاطى الماريجونا كما وجد كابلن وآخرون فى دراستهم (Kaplan et al , 1984 , pp. 270 - 189) كما أن العلاقات المخلخلة مع الأسرة وانعدام أساليب التكيف إنما يؤكد بصورة قاطعة الإتجاه نحو التعاطى (Laux & Evns, 1992 pp. 193 - 202) ، كما أن هناك العديد من النظريات الإجتماعية التى فسرت السلوك الإجرامى مستندين إلى نظرية التقليد نتارد، ونظرية الإختلاط التفاضلى لسندرلاند ، حيث إن النظريتين قد أوضحت بعض العوامل ذات الإرتباط بتعاطى المخدرات .

(سليمان بن قاسم الفالح ، ١٤٠٩ هـ ، ٦٥ – ٦٧)

أما تفسيرات علماء الفسيولوجيا للإدمان فيرى أنصارها إن المدمن إنما يقع ضحية للتأثيرات الفسيولوجية التى يحدثها العقار فى جسمه حيث يجد نفسه مضطرا للتعاطى .

(عبد الوهاب محمد كامل ، ١٩٩١ ، ٢٧٦ – ٢٨٠)

كما يفسر (جيللينيك (١٩٦٠) إدمان الخمور من الناحية الفسيولوجية على أساس أن العوامل الحضارية هى المسببه لبداية عادة الشرب ومع الأستمرار فى التعاطى قد يجد الفرد صعوبة فى التوقف .

(عبد المجيد منصور ، ١٩٨٦ ، ٨٢ – ٨٥)

ولعل هذا يفسر لنا إستمرار المدمن فى إرتكاب الجرائم ليستمر فى إدمانه .

(جون ج . تايلور ، ١٩٨٥ ، ١٥١)

وتعد التفسيرات البيولوجية هى الخطوة المكملة للبحوث التى أجريت فى مجال وراثة السلوك الإدمانى ، حيث أن التغيرات البيولوجية قد نهضت لتوضيح الكيفية التى يتم الوراثة وخاصة فى مجال إدمان الكحوليات .

(مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ٧٠)

وهو ما أكدته دراسة Robettelal عام ١٩٩٢ من خلال التأكيد على العامل الوراثى والتأثيرات البيولوجية للتعاطى ((Robert , M. et al, 1992 pp. 39 - 48 .

ونتفق مع مصطفى سويف (١٩٩٦) فى أن مثل هذه الدراسات قد أجريت بالفعل على إدمان الكحوليات وتعميم نتائجها على إدمان سائر المواد المخدرة الأخرى ، رغم ما ينطوى عليه هذا التعميم من إحتمالات الخطأ .

(مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ٦٧)

ولعل مشكلة إدمان الكحوليات وإستفحالها فى المجتمعات الغربية يحتم إجراء عديد من الدراسات حول مدمنى الكحوليات لدرجة تخصيص مجلة لنشر نتائج بحوث إدمان الكحوليات والمخدرات Journal of Aleonol and Drug .

أما عن التفسيرات البيولوجية للإدمان فتنهض على أساس أن مخ الإنسان يحتوى على مواد كيميائية تقوم بنقل الإشارات المنبهة من خلية إلى خلية أخرى ، كما أن هناك ثلاث نظريات تفسر الإدمان من خلال المنظور البيولوجى .

(عادل دمرداش ، ١٩٨٢ ، ٤٩ – ٥٠ ؛ هانى عرموش ، ١٩٩٣ ، ٣١٣) ،

(عبد الوهاب محمد كامل ، ١٩٩١ ، ٢٨٢ – ٢٩٣) ، عبد المجيد منصور ، ١٩٨٦ ، ١٨ – ٩٠) .

كما أن هناك وجهة نظر أخرى تربط بين طبيعة إصابة الفرد بمرض سيكاترى أو نفسى معين ، وطبيعة إدمانه لعقار معين ، ولقد عرض (Roger D. Weiss. 1992 لوجهة النظر هذه من خلال استعراضه لعدد من الدراسات التى إستطاعت التوصل إلى إيجاد علاقة إرتباطية بين إسابة الفرد بمرض كالقلق Anxity والإكتئاب Depression أو الهوس Mania ، حيث إن الفرد يلجأ إلى المخدر ويسئ إستعماله أو يعتمد عليه دون أن يستبصر بالعواقب التى تترتب على إدمانه هذا ، ولذلك يظل اعتماد الشخص على مخدر معين دون آخر فى حاجة إلى ضزورة التعرف على الإحتياج السيكولوجى الذى يشعبه هذا المخدر لديه - Roger Weiss.1992, pp. 137 145 ، كما أن هناك وجهة نظر تقسم أشكال التعاطى إلى التعاطى التجريبى ، والتعاطى العرضى ، والتعاطى المنتظم ، والتعاطى الكثيف أو القهرى .

(أحمد عبد الله السعيد ، ١٩٩٠ ، ٩٦ – ١٠٠)

ولقد قام L. Baner بالتعرض لعديد من نتائج البحوث التى أجريت فى مجال السيكوبيولوجى Psycho Biology والمرتبطة بعملية الإشتياق Crving إلى المخدر وعلاقة ذلك بالإنتكاس Relapse فتوصل إلى تحديد عدد من المؤشرات البيولوجية والتى ترجع احتمالية هذا الإفتراض (Lonce O. Baner, 1951 , pp. 51 - 55) .

وجهة نظر المجتمع فى الإدمان :

فإذا إنتقلنا إلى العنصر الثالث من حلقات (الفعل الإدمانى) وأقصد به وجهة نظر المجتمع إلى الإدمان، حيث لاحظ العلماء وجود فروق ثقافية وحضارية فى تعاطى المخدرات ، حيث إن بعضها يكون مفضلاً فى ثقافة معينة دون الأخرى .

(سعد جلال ، ١٩٨٦ ، ٤٣٤ – ٥٣٤) ، ولعل نظرة إلى الإحصاءات التى قدمت فى هذا المجال من حيث نوعية المدمنين ، وكمية المضبوطات من مخدر معين، والسمات النفسية العامة والشائعة لهذا المجتمع أو الحضارة كل ذلك يعطى فكرة عن طبيعة المخدر (المفضل) فى ثقافة وحضارة ما .

ففى دراسة لكودير (1973) Coder على تعاطى القنب Cannaps فى رواندا لاحظ إن إنتشار هذا العقار لدى القبائل ذات المكانة الإجتماعية الدنيا . فى حين لا ينتشر تعاطى الحشيش بين الجماعات المحيطة بهم ذات المستوى الإجتماعى الأرقى (Codere H. 1973, pp. 1 - 16) . فى حين وجد جونز Jones 1975 أن تدخين

الحشيش بين قبائل التونجا Tonga مسموح به كجزء من الإطار الحضارى بل وتوجد شروط على الجميع الالتزام بها (Jones A. D. 1975 . pp. 292 - 332) أما مكجلوثلين Mcglothlin . 1975 ، فقد استفاض فى شرح المناخ الإجتماعى والثقافى فى الولايات المتحدة الأمريكية فى أواخر الخمسينيات وأوائل الستينيات ، وإنتشار تعاطى القنب بين الشباب فى هذه المرحلة وخاصة المنضمين إلى حركة (الهيبز) آنذاك (Mcglotin W. H. 1975 , pp. 45-84) ، ويعد كاميرون (Cameron 1978) من أشهر العلماء الذين قدموا إستعراضا لطبيعة المشكلة فى عديد من دول العالم مثل إيران ، والهند ، وتايلاند ، وسنغافورة ، وهونج كونج ، والفلبين ، واليابان (D. Cameron , 1978. pp. 1267 . pp. 1267 - 1271) ، فى حين ينتشر تعاطى الكحوليات فى الولايات المتحدة الأمريكية .

(عبد الحليم محمود ، ١٩٧٢ ، ١٤٢ – ١٤٤)

وتعانى فرنسا ، وكندا ، وأنجلترا ، وهولندا ، وبولندا ، وإيرلندا ، والنرويج من مشكلة تعاطى الكحوليات .

(أحمد درويش ، ١٩٩٢ ، ٢٢ – ٢٤) ، (عبد الحليم العفيفى ، ١٩٨٦ ، ٢١٥) ، (عبد الرحمن مصيقر ، ١٩٨١ ، ٢٦) .

فى حين لو نظرنا إلى المخدر المفضل فى البلاد العربية نجد الحشيش ، كما فى لبنان .

(غسان يعقوب ، ١٩٩٦ ، ١٤٤)

ضافة إلى إندلاع الحرب الأهلية بها والتى أدت إلى تعاطى المخدرات وبصورة وبائية (آلان لابروس ، ١٩٩٣ ، ٩٥) ، كما ينتشر تعاطى الحشيش فى الأردن وسوريا والقدس ، كما أوضحت خبرة كارتياس (خبرة كارتياس ، ١٩٨٩) . وهو ما أكده فتحى عيد (١٩٨٧(والذى قام بتحليل لحجم المضبوطات من المواد المخدرة على مستوى العالم .

(فتحى عيد ، ١٩٨٧ ، ١٤)

ولذلك فإن إستخدام أو تفضيل عقار معين فى حضارة معينة إنما ينبع من الاحتياج النفسى لهذا العقار (فعلى سبيل المثال استخدم الشعب الصينى الأفيونات لأنه يتناسب وطبيعته من حيث أن الصينى مهذب وهادئ ومطيع على عكس الجزيرة العربية والتى كانت يسودها طابع العنف فانتشر إستخدام الخمر ، أما فى مصر فإنه فى

عصور الإنكماش والإستعمار إنتشر تعاطى الحشيش .

(طاهر شلتوت ، ١٩٨٩ ، ١)

ذلك أن موقف الحضارة من المخدر إنما يتدرج حول عدة محاور . ولقد قام بيتمان pettman بتقسيم إتجاهات الحضارات المختلفة نحو شرب الخمر إلى : الحضارات الممتنعة ، والحضارات الأردواجية ، والحضارات المتساهلة .

(عادل دمرداش، ١٩٨٢ ، ٦٢ – ٦٥)، (طاهر شلتوت، ١٩٨٩ ، ١٤ – ٤٤)، (عبد المجيد منصور ، ١٩٨٦ ، ١٢٦ – ١٣٤)

وهنا تتضح أهمية الفروق الحضارية والتى تلعب دوراً بارزا فى نشأة الإضطرابات النفسية والتى من بين أعراضها الإدمان ، والتى تزيد بصورة واضحة فى المجتمعات ذات الإيقاع السريع اللاهث ، وهنا يلجأ الفرد إلى مختلف أساليب الهروب والمرض ومن بينها المخدرات هروبا من الواقع المحيط القاسى إلى واقع بديل

(محمد رمضان ١٩٨٨ ، ١٨٦)

هل الإدمان جريمة أم مرض ؟

وكما تعرضنا للإدمان فى إطار عبر حضارى وطبيعة نظرة المجتمع له تقتضى منا الضرورة العلمية أن نتعرض بسرعة لطبيعة النظر إلى الإدمان : وهل الإدمان مرض أم إنحراف سلوكى يستوجب العقاب ؟ ؤذا كانت المخدرات قد عرفها الإنسان منذ القدم وإستخدمها لأغراض شتى (D. Pausubel, 1966, p . 5) فلماذا تحولت المخدرات إلى كارثة فى هذا القرن ، وفى هذا المرحلة التاريخية بالذات ؟

ولاشك أن الإجابة على هذا التساؤل تقودنا إلى عديد من المسلمات منها أن ظاهرة الإدمان أضحت عالمية ولم تعد قاصرة على مجتمع معين .

(عزة حجازى ، ١٩٩١ ، ٢٩ – ٣٠)

كما أن الإدمان لم يعد قاصرا على الطبقات الإجتماعية الدنيا كما كان الحال فى القرن التاسع عشر.

(فاروق عبد السلام ، ١٩٧٧ ، ١٠)

كما أن جميع الدول تسن القوانين وتضع العقوبات الرادعة فى محاولة للحد من ظاهرة الإتجار أو التوزيع أو التعاطى . ورغم ذلك يتزايد الإدمان.

(نايف المروانى ، ١٩٩٣ ، ١٥ – ١٦)

كما حدثنا مارك جرمت (Maek Griffiths , 1995) عن نوع آخر من الإدمان هو إدمان التكنولوجيا Addicties Technological أو إدمان الآلات العلمية Machine ddicties (ولعل أوضح صور الإدمان هنا هو إدمان الإنترنت) وذكر بأن هذا النوع من الإدمان وإن كام يختلف عن إدمان المواد الكيميائية إلا أن السلوك الإدمانى يكاد يتطابق فى كلا النوعين من الإدمان Mark Griffiths 1995, pp. 14) - 19) .

ولعل الموقف من الإدمان فى الغرب كان فى البداية التحريم ، فكان ينظر إلى المدمن على أساس أنه مجرم ومسئول عن إدمانه شأنه شأن اللص والقاتل فيسجن ويعاقب ، إلا أنه مع تفاقم مشكلة الإدمان وإنتشاره كالوباء واتضاح إمكانية علاجه ولو جزئيا تحول الرأى إلى إعتبار إدمان الخمر مرضا ، ولم يترسخ هذا المفهوم إلا منذ عام ١٩٥٦م ، حين اعترفت رابطة الأطباء الأمريكين بإدمان الكحول بأنه مرض وقد جاء هذا الإعتراف بعد الجهود الجبارة والتى قام بها الطبيب الأمريكى جيلنك Jellinek E.. M. والذى أدخل هذا المفهوم فى كتابه المعنون بإدمان الكحول مرضا Jellinek) E. M. , 1960) . إلا إن المشكلة فى الغرب لم تنته إذ تم الإعتراف بأن مدمنى الخمر مرضى ، ولكن مدمنى المواد الأخرى ظلوا فى نظر القانون الغربى مجرمين ، وقد اقتنعت أخيراً أكاديمية نيويورك الطبية بأن المدمن مريض وليس مجرما ، وربما يرتكب أعمالا إجرامية فى سبيل الحصول على عقاره وليس من العدل فى شئ أن نعتبره مجرما .

(روبرت . س. دى. روب ١٩٧٤ ، ١٦٤ – ١٦٩)

وهو بالفعل ما تحقق حيث نجد Normans, Miller فى فصله المعنون Drud and Alcohol Asadisease Adisease يجرى عددا من الدراسات الإكلينيكية ليستطلع آراء عدداً من الناس حول طبيعة النظر إلى الإدمان على أساس أنه مرض أم لا وقد إتفقت الآراء حول حقيقة خلاصتها أن الكحول وباقى المخدرات مرض يستحق الوقاية العلاجية (Notmans Milles, 1991, pp. 295 - 308) ، ولعل تفاقم مشكلة الكحول فى الغرب قد جعلت الكثير من الباحثين يتصدرون بشكل موسع لإدمان هذا العقار ، وإن كان بعضهم مثل Mary J. Kreek (١٩٩٢) قد ذكر صراحة بأن الإدمان على أى مخدر مهما كان – فهو مدمن مريض The Addict as Patient وذلك لأن الإدمان يسبب مشاكل طبية Mcdical Prodlems ، ومشاكل وإضطرابات نفسية

وعقلية قد ذكرت فى الـ D.S. MII R والـ DSM ، إضافة إلى أن هناك عديدا من الشخصيات المهيئة للإدمان مثل الشخصيات السيكوباتية ، وهى شخصيات يكون الأمل معدوما فى شفاءها (Mary Kteek, 1992, pp. 992 1009) .

أى أن مفهوم الإدمان كمرض ظهر أول ما ظهر على مدمنى الكحوليات ثم بعد ذلك امتد ليشمل مدمنى المواد الأخرى (Cry Leuson et al . 1993. pp . 3 - 5) ورغم ذلك فإن الجدل مازال مستمراً بين أنصار أن الإدمان مرض . وبين أصحاب النظرية السلوكية أو الذين يأخذون بنظرية التعلم الإجتماعى ، ذلك أن المدمنين قد لا يعون بأنهم مرضى يستحقون العلاج .

(محمد حمدى الحجار ، ١٤٢٢هـ ، ٢٧ – ٤٤)

علما بأنه قد زادت مناقشات فى البداية بين علماء الأدمان على اساس هل الإدمان مرض نفسى أم عضوى ؟

(نبيل الطويل ، ١٩٨٥ ، ٥٨ – ٦٠)

بيد أن المتصفح لغالبية كتب « الطب النفسى » يجدها تفرد بابا خاصا للإدمان على أساس أنه مرض ، له علامات ، وعوامل مهيئة . وطرق للعلاج .

(سعد جلال ، ١٩٨٦ ، ٤٣١ – ٤٦٢) ، (عبد الرؤف ثابت ، ١٩٩٣ ، الباب السابع) ، (محمود حمودة ، ١٩٩٠ ، ٢٨ – ٢٣١) ، (الزين عباس عمارة ، ١٩٨٦ ، ٢٥٠ – ٢٧٧)

كما أن التصنيف الأمريكى الرابع المعدل D S M IV يفردا باب بعنوان : إضطرابات المواد الفعالة نفسيا ، حيث يتناول كل مادة مخدرة بوضع إجراءات أو محكات Crit, eria وكذا الأعراض الإنسحابية Withdrowal ، والتشخيص Diagnosis ، والإضطرابات النفسية أو الجسمية أو العقلية التى قد تتزامن أو تنتج عن إدمان عقار ما (D S M IV, 1994, pp. 175 - 272)

كما أن العلاقة بين الأدمان وإضطرابات الشخصية قد أثبته عديد من الدراسات نذكر منها دراسة كوستن وآخرين , (Kosten T. et al , 1982, pp. 572 - 581) ودراسة كانتزيان (Khantsian E. & treece C. 1985. pp. 1067 - 1071)ودراسة نيس وآخرين (Nace E. et al. 1991. pp. 118 - 120) ودراسة برونر وآخرين (Broner R. et al. 1993 , pp. 313 - 319) ومحمود رشاد ١٩٩٧ .

كما قد يكون الإدمان ناتجا أو سببا أو يسير جنبا إلى جنب مع مشكلة المرض النفسى ، وهنا تظهر مشكلة : التشخيص المزدوج Doul Diagnosis حيث يعانى الفرد من مكشلة إدمان مع مشكلة نفسية أخري . (Richardik et al . 1993 , pp 131 - 138)

ويتبط تقبل الإدمان بأنه مرض بتقبل حقيقة أن العمليان الفسيولوجية والتمثيل الغذائى لدى المدمن تختلف تماما عن مثيلاتها لدى غير المدمن ، خاصة فى حالة إدمان الكحول .

(لطفى فطيم ، ١٩٩٤ ، ٢٠٠)

أما الموقف من الإدمان فى مصر فقد أتجه نحو تغليظ العقوبة .

(مصطفى سويف ، ١٩٩٠ – ٩٦)

وهو ما أكده عبد العزيز الجندى (النائب العام السابق) حيث تناول من خلال العرض التاريخى للتشريعات المصرية الميل إلى تغليظ العقوبة حتى وصلت إلى الإعدام .

(عبد العزيز الجندى . ١٩٩٤ ، ١٣١ – ١٦٦)

ثم أوضح أن التشديد لم يمنع جريمة التعاطى والإتجار ويرى بضرورة وضع استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ، ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان ، يكون القانون أحد محاورها ولكنه ليس المحور الوحيد

(عبد العزيز الجندى ، ١٩٩٤ – ١٦٩)

وهو نفس ما ذهب إليه مدير الإدارة العامة لمكافحة المخدرات فى مصر فى الورقة التى قدمها إلى ندوة علاج المخدرات .

(عصام الترساوى ، ١٩٩٤ ، ١٩١ – ٢٠٨)

وهنا تتباين الآراء فيرى يحيى الرخاوى بضرورة الإبادة للمروج ، وعزل المدمن فى الصحراء (يحيى الرخاوى ، ١٩٩٣ ، ٨١ – ٨٢) ، فى حين يرى محمد شعلان (١٩٨٦ (بأن العقاب لا يفيد ، وأن مشكلة الإدمان لها جذور فى المجتمع ، وما لم تعالج هذه الجزور فلن تحل المشكلة بالقانون أو حتى بالإعدام .

(محمد شعلان ، ١٩٨٦ ، ٥٢ – ٦٨)

كما أن هناك العديد من إجراءات القصور فى الضبط مما يؤدى إلى صدور أحكام ببراءة المروجين

(أحمد أبو الروس . ب . ت ، ١٠٣ – ٤٠٠)

وإن كان هناك إعتراف الآن متزايد فى مصر بضرورة علاج المدمنين ومنحهم فرصا للعلاج .

أما فى دول الخليج العربى – المملكة العربية السعودية نموذجا فإن الموقف يتراوح بين الإعتراف بالإدمان كمرض ولذا فقد تم إفتتاح ثلاث مستشفيات لعلاج الإدمان ، وبين العقاب ، ومنح أى مدمن أربع فرص للعلاج . فإذا تكرر دخوله إلى المستشفى (أى المرة الخامسة) يكون بذلك قد أرتكب جريمة التعاطى ويعاقب عليها . علما بأنه تم القاء القبض عليه فى أى وقت – بصرف النظر عن عدد الفرص الممنوحة له – من قبل مكافحة المخدرات تحرر له قضية .

فى علاج لإدمان :

وإذا كانت هذه وجهة النظر التى حاولنا فى عجالة إستعراضها حول مرضى الإدمان فإن ذلك يقودنا إلى الحديث – أيضا فى عجالة – حول الخطوط الرئيسية لعلاج الإدمان وهناك عدة إتجاهات لعلاج الإدمان ، فيرى **علماء الطب النفسى** أن علاج الإدمان يكون فى التخلص من الأعراض الناجمة عن التوقف عن التعاطى Detoxification علما بأن التوقف عن تعاطى كل مادة مخدرة يكون لها أعراضها الإنسحابية ، كما قد تتعرض بعض الحالات وبشكل مفاجئ إلى ما يسمى بأعراض الذهان التسممى Toxie Paychosis وما يرافقه من هلاوس وخداعات قد تصل فى بعض الحالات إلى إيذاء الغير (Arig A. & Wesretmeyer. 1988. p 195) ، وهنا يأتى دور الطب فى التعامل مع الأعراض الإنسحابية Withdtawal Syndrome سواء كانت فى مرحلتها المبكرة أو المتأخرة - (Domenic A. et al, 1991.pp. 48 36) ولم يقتصر دور الأطباء النفسيين فى مصر على التعامل مع الأعراض الإنسحابية بل قاموا بنشر الوعى بداء الإدمان.

(يسرى عبد المحسن . ١٩٨٩ ، ١٨٠ – ١٨٤) ، (إحمد شوقى العقباوى ، ١٩٨٩ ، ٢١٤ – ٢٢٠)

أما علاج الإدمان من وجهة **نظر علماء النفس** فيرون أنه بعد المرور بمرحلة الأعراض الانسحابية لابد أن ينتظم المريض فى العلاج النفسى حتى يستبصر

بالدوافع التى قادته وتقوده إلى الإدمان أو الانتكاس ، وفى هذا الصدد ذكر مصطفى سويف (١٩٩٠) علاج الإدمان – الخبرة المصرية فى إطارها الحضارى (مصطفى سويف ١٩٩٠ ، ٨٣ – ٩٥) ، كما يتحدث أيضا عن السياة الوقائية المتكاملة فى مواجهة مشكلات الإدمان (مصطفى سويف ، ١٩٨٨)

وأن هناك طريقاً آخر فى مكافحة المخدرات وهو طريق خفض الطلب (مصطفى سويف (١٩٩٠) . فى حين يرى عبد الحليم محمود السيد (١٩٩١) فى إطار تعليقه على البحوث المسحية الوبائية والتى تجرى بواسطة لجنة البحوث الدائمة بالمركز القومى للبحوث الإجتماعية والجنائية أهمية التركيز على رسم سياسة وقائية كهدف استراتيجى لمواجهة مشكلة تعاطى المخدرات .(عبد الحليم محمود السيد ، ١٩٩٣ ، ٣٢٩ – ٣٣٩) ، وفى هذا الإطار تقدم لطفى فطيم (١٩٩٤) بعرض خبرته فى العلاج النفسى الجمعى لمدمنى المخدرات . (لطفى فطيم ، ١٩٩٤ ، ٢٠٠ – ٢١٨)

ثم قدم ذلك خطة عمل علاجية وفقاً لمراحل مرضى الإدمان (لطفى فطيم ، ٥٨ – ٦٢) ، وقدم محمد حمدى الحجار (١٤١٢هـ) نموذجا لما يمكن أن تساهم به مدارس علم النفس فى علاج الإدمان خاصة مدرسة العلاج الإنفعالى (محمد حمدى الحجار ١٤١٢هـ) ، وكذا قدم أرونت بك (1993) Aaront Back وآخرون إمكانية تطويع فنيات العلاج النفسى المعرفى فى التعامل مع المدمنين (Aaront Beck 1993)

وليس هذا فحسب بل إن العلاج النفسى الحق هو الذى يأخذ فى إعتباره كيفية التعامل مع مشاعر المريض خاصة تلك المتعلقة بالقلق الممرضى (جييل رديللينى وآخرون ، ١٩٩٥) ، كما أن العلاقة بين إصابة الفرد بالإكتئاب ولجوئه إلى الإدمان كعلاج ذاتى أمر شائع لدى المدمنين (مارك ووردن ١٩٩٤) ، كذلك لابد من التعامل مع ميكانيزم الإنكار (ويليام . س. نيلى ١٩٩٤) ، كما أنه ليس من السهل على الأسرة أن تعترف بإدمان أحد أبنائها بل وتتخذ الأسرة دروبا من الإنكار والتهرب لا حدود لها (مارى . أم ١٩٩٣) . وكذلك لابد أن نأخذ فى الإعتبار كيفية التعامل مع الإنتكاسة (تشارلز و. كرورا ١٩٩٤) . إضافة إلى ضرورة تدريب المدمن على التعامل مع الغضب (Leomadow 1972) أو كيفية لتعامل مع الخجل Shane أو عدم القدرة على توكيد الذات فى المواقف المختلفة (Hoslden 1981) .

فإذا تناولنا جهود علماء الإجتماع فى علاج الإدمان ، فقد انصبت الجهود على

أسرة المدمن ، وإمدادها بالمعلومات الكافية لفهم المدمن والتعرف على العلاقات المنذرة بالإنتكاس ومحاولة مساعدته على إحتيازها Revisd Edition) كما يجب القيام بالعلاج الأسرى لأسر المدمنين (محمد أحمد النابلسى ، ١٩٨٨ ، ٩٠ – ٩٥) كما يجب أيضا أن يشمل العلاج مشاعر الرفض والنبذ لدى المدمنين . (محمد حسن غانم . ١٩٩٤ ، ٥٢ – ٥٧) كما أن للآباء دوراً هاما فى تعاطى أولادهم المدمنين من الإدمان (باربراكوثمان يكتل ١٩٩٤) ، كما أن الإهتمام بديناميات الأسرة والأدوار التى يمكن أن تساهم من خلالها فى علاج الإدمان وزى إضطرابات أخرى قد أكد عليه سلفادور مينوشن Sladar Minuchin ، وجاى هالى Jay Haley (1980) حيث إن الإدمان يقود إلى إضطراب شديد فى دورة حياتها (Maly . J Life Cycle 1980 كما أن طبيعة الإدمان لدى الأسرة يقود إلى عدم تكيف أعضاء الأسرة مع الإيمان إضافة إلى إستخدام المدمن للعديد من ميكانيزمات الدفاع لتمرير إدمانه (David J. et al, 1991 , pp. 822 - 879)

فؤذا إنتقلنا إلى العلاج للإدمان من وجهة نظر السلوكيات فسوف نكتفى بذكر طريقة هـ . بون H, Boudin وهى فى مجملها طريقة مرنة ، ويمكن أن تطبق على المدمن أما داخل المستشفى أو من خلال متابعة لوحدة الرعاية المستمرة Afier Care وتنهض هذه الطريقة فى قيام المعالج بتدريب المريض على كيفية ملاحظة ذاته ورصد كا ما يصدر عنها من أنماط سلوكية ، إضافة إلى تدريبه على تقييم الذات Self - evain - Luation - ، ثم يقوم المعالج بمساعدة المريض على تغيير الأنماط السلوكية والتى قد تقود إلى الإنتكاس (Boudin H.H, 1977. pp . 1 - 16) .

أما عن علاج الإدمان من وجهة نظر جماعات المدمن المجهول (A.A) فقد مرت بمراحل وأطوار متعددة استحقت بحق أن تكتب قصتها (Alcoholics 1976) كما أن منهجهم فى العلاج يقتضى ضرورة الإلتزام بالاثنتى عشر خطوة .Helcon p) (314 - 248 .pp . 1992 ، وكذا التأكد على جماعة المساندة الذاتية Sup potgroups ، ومساعدة الذين سقطوا فى مرض إدمان المخدرات .Jetome E. S) 1991 . pp. 1255 - 1270)

كما أن على مرشدى التعافى (.C.D.C) ضرورة أن يعى تأثير الإدمان على أفراد الأسرة وخاصة فى الحالات المزمنة (Madilineic el al . 1994, pp. 15 - 18) إلا أن هذه الأفكار لم تظل حبيسة المجتمع الأمريكى بل إنتقلت إلى كافة جهات العالم (لطفى فطيم ١٩٩٤ . ١٩٨)

إلا أن المشكلة فى مثل هذه الجمعيات أن الطريقة العلاج فيها غير منتظمة ، كما أنه من الصعب تقويم فعاليتها بدقة

(عبد العزيز الدخيل ١٩٩١ ، ١٢٢)

أيضا هناك إتجاه لعلاج الإدمان من خلال الإزجاع الحيوى Biofeed Back وهناك العديد من الدراسات التى أكدت ذلك ومنها دراسة بنستون وكالكوس (Peniston N.E.G. & Kvlkosy , 1990 pp. J . 37 - 55) وكذا دراسة دينى وآخرين (Denney M. el al, 1991, pp. 335 - 341) ودراسة دينى وياوف (Denney M. & Bavy, 1992 pp. 1293 - 1300) ودراسة فارونس وزملاؤه (Fahtions Lal , 1992, pp. 347 - 552) وقد أكدت هذه الدراسات على أهمية تدريب المدمن على التحكم فى العمليات الفسيولوجية من خلال استخدام أجهزة خاصة لذلك ، وتقليل الشوق إلى المخدر وبالتالى تجنب الوقوع فى الإنتكاس .

وأخيرا علاج الإدمان من وجهة نظر رجال الدين ، فنرى أن الأديان كافة قد نهت عن إيذاء البدن وإيذاء الآخر ، كما أن الإسلام – على سبيل المثال – قد إتجه إلى معالجة هذه المشكلة عن طريق لتدرج ، وأن الفرد الذى لا ينتهى قد وضع له أمرين : الأول : العزيز ، الثانى : إقامة الحد .

(سعود بن عبد العزيز التركى ، ١٤١٣هـ ٤٦٨) ، (أحمد على طه ريان ١٩٨٢ ، ١٠٤ ، ٢٠) ، كما إن الإسلام قد وضع مقولة : إن كل مسكر خمر ، وكل خمر حرام ، للرد على إدعاءات البعض بأن بعض المواد المخدرة لم ينزل نص قرآنى صريح يحرمها.

(طاهر شلتوت ، ١٩٨٩ ، ٩٧ – ١٠١) ، كما أن هناك عديد من الدراسات التى أكدت على أهمية العلاقة بالدين فى الابتعاد عن تعاطى المخدرات ، إضافة إلى تجربة العلاج النفسى الإسلامى (أسامة الراضى . ب . ت) تلك كانت الإسهامات المختلفة لعديد من القضايا والتى أثارتها : المخدرات – المدمن – نظرة المجتمع إلى الإدمان .

والمدمن كإنسان له إحتياجات معينة يسعى إلى تحقيقها ، ويتعرض لعديد من الضغوط ، وقد يكون لديه اعتقاد بأن أمور حياته تسير وفقا لإرادته الداخلية ، أو تسير حسبما أتفق .

محاور التأهيل النفسى الاجتماعى لمرضى المخدرات :

– **مدخل إلى التأهيل** Rehsbilitation

أثارت الترجمة الإنجليزية الكثير من المناقشات ، فكلمة Rehsbilitation تبدأ

بحرف RE ومعناها بالعربية إعادة الشئ إلى وضعه الطبيعي ، وهذا لا ينطبق على حالات الضعف العقلى ولذلك يفضل إستخدام كلمة Habilitatin ولكن غالباً يكون الخطأ الشائع مقبولا فيستخدم هذا اللفظ للدلالة على عملية التأهيل.

(ناظك عفيفى ١٩٩٣ ، ٣٢)

وهو ما ناقشه محى الدين حسين (١٩٩٤) من خلال استعراض لتعريف Ellison Backhout والتى تأثرت فى منحاه بلنموذج الطبى الذى فيه يتحدد الشفاء بعودة المريض إلى حالة سابقة كان عليها قبل بد المرض ويتصور أن حالة ما قبل الإصابة بالمرض هى حالة السوية ، ولا يمكن لهذا النموذج أن ينطبق على الوضع الخاص بظاهرة تعاطى المخدرات ، إذ قد يكون الوضع قبل الدخول فى خبرة التعاطى وضعاً مهيئاً لهذه الخبرة وممهداً لها . إضافة إلى وجود العديد من التصورات الخاطئة التى تضمنها مفهوم إعادة التأهيل ، والذى أرتأى شتراوس ضرورة إستبعادها .

(محى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ٢٥٦ – ٢٥٨)

– **تعريف التأهيل(*)** : تتعدد التعريفات التى قدمت لمفهوم التأهيل ، ويتوقف ذلك على طبيعة المجال المقصود به التأهيل (المسنين / المعوقين – حالات التخلف العقلى / التأهيل المهنى ... إلخ) . إلا أن المعنى العام من التأهيل يكاد يتفق مع هذا التعريف والذى يقصد به عملية مساعدة الأفراد على الوصول إلى الحالة التى تسمح لهم بدنيا وإجتماعيا بأن ينهضوا بما تتطلبه المواقف المحيطة بهم ، مما يمكنهم من إستغلال الفرص المتاحة أمام غيرهم من أبناء المجتمع ممن هم فى مرحلة العمر نفسها (من خلال : مصطفى سويف ١٩٩٠ ، Shahendah 1985) . وتكتسب هذه العملية وضعاً مركزياً فى صميم العملية العلاجية من حيث كونها دافعة فى إتجاه تحقيق إستمرار التعافى من الانتكاس . ومن حيث كونها مؤهلة للفرد على تحقيق موقعه فى الإطار الإجتماعى كذلك فاعلية وهو ما يسمسه البعض عملية الدمج الإجتماعى Social reintgration .

– ومن الجدير بالذكر أن التأهيل قد أضحى عملية أساسية فى التعامل مع العديد من حالات الأمراض النفسية (كالاكتئاب) والعقلية (كالفصام) والسلوكية (كالتعرض لحالات الإغتصاب) أو الإصابة بالعديد من الأمراض العضوية الخطيرة

* أعتمدنا فى كتابة هذا الجزء على كتابنا : التأهيل النفسى والإجتماعى لمدمنى المخدرات، ٢٠٠٥ ، مكتبة الأنجلو المصرية .

(كالإيدز وفيرس Hiv أو جلطة المخ أو الذبحة الصدرية وغيرها من الأمراض التى تتطلب برامج تأهيل للشخص . ولكى يتوافق مع الوضع الراهن وتحقيق قدر أكبر من توافق مع مؤسسات المجتمع المختلفة (أنظر على سبيل المثال : أ. لافندر ، ف . ن . واتس ، ٢٠٠٠ ، ٥٣٤ – ٥٦٣ ، سى . بندى ، ٢٠٠٢ ٦٥٠ – ٦٨٥ ، (Shephevd, G. 1991 , Wilson, Balmoffat, N, 1992)

– **أهداف التأهيل الكبرى :** يرى محى الدين أحمد حسين أن أهداف التأهيل الكبرى تتلخص فى :

١ – معاونة الفرد على الإستبصار بوضعه المرضى وملابساته المختلفة وخاصة من منظور التفاعل الإجتماعى فى جوانبه ومظاهره المتعددة ، مع إيضاح المقومات النفسية والإجتماعية والبدنية التى أسهمت فى تشكيل أو تدعيم المسلك المرضى والذى أخذ صورة الإعتماد على المخدرات كأسلوب للحياة .

٢ – إساء دعائم الشعور بفاعلية الذات فى مواجهة المشكلات النفسية والإجتماعية والبدنية . ويعد هذا الهدف من الأهداف التأهيلية الهامة بالنسبة لمتعاطى المخدرات ، إذ به ومن خلاله تتحدد إمكانية المقاومة لعناصر الضغط الدافعة إلى خبرة التعاطى وخبرات أخرى إيجابية فى مجال التعاطى .

٣ – إنماء الربط الفعال بين الوسائل والغايات ، إذ أنهم يتحركون بدافع إسعاد أنفسهم ، إلا أنهم يؤذون أنفسهم . كما أنهم وهم يتحركون بدافع تحاشى آلامهم يزيدون من آلامهم .

٤ – إنماء الإتجاهات الإيجابية تجاه الآخرين ، ذلك لأن ثقافة المخدر قد أكسبتهم العديد من السلوكيات والقيم والإتجاهات والتى جعلتهم فى النهاية يتحللون من القيم الإجتماعية على نحو أضعف لديهم إغراء التواصل الصحى مع الإطار الإجتماعى .

٥ – التمهيد بجهود التأهيل إلى عملية الدمج الإجتماعى بمعنى وصل الفرد بالسياق الإجتماعى على نحو يراه السابق الإجتماعى ملائماً .

(محى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ٢٥٩ – ٢٦٢)

– **مبادئ التأهيل :** ينهض التأهيل على مجموعة من المبادئ أهمها :

١ – احترام وتقدير الشخص والتعامل معه كوحدة متكاملة لها كيانها المستقل والثقة بإمكانياته المتبقية .

٢ - الأخذ بمبدأ تكافؤ الفرص بين أفراد المجتمع عن طريق تهيئة الفرص للأفراد لكى يعتمدوا على ذاتهم وفى نفس الوقت لا يكونوا عالة على المجتمع .

٣ - ضرورة الأخذ بمراعاة مبدأ الفروق الفردية ، فيتم تأهيل الفرد وفقاً لخبرته الشخصية وتاريخه الإجتماعى والمرضى ، ولا يمكن الإدعاء بأن الفرد قد تم تأهيله إلا إذا كان قد شفى تماماً من الحادث نفسياً وإجتماعياً وقد استعاد مكانته السابقة فى المجتمع .

(سيد عبد الحميد ، ١٩٧٦ ، ١٤٦)

٤ - الأخذ بمبدأ مشاركة الشخص فى وضع الخطط التأهيلية الخاصة به وبذلك يعيد الثقة إلى نفسه ، ويشعر بكيانه مرة أخرى ، ولا يشعر بأى تسلط من جانب الآخرين فى التخطيط لحياته .

٥ - الأخذ بمبدأ القيادة الديناميكية والحساسية للحاجات الفردية والوعى بالمحيط الإجتماعى والإقتصادى .

(ناظك عيسى عفيفى ، ١٩٩٣ ، ٣٥)

المحاور الأساسية لبرامج إعادة التأهيل لمتعاطى المخدرات :

وقد حددها محى الدين أحمد حسين (١٩٩٤) فى المحاور الآتية :

١ - التحليل المبدئى للمشكلة والذى يعنى الوقوف على :

أ - مدى الإفراط فى حدوث سلوك غير مرغوب ، وذلك من منظور التكرار أو الشدة أو الإستمرار . فتقرير أن المتعاطى يتعاطى على نحو منتظم وبجرعات كبيرة وفى ظروف مختلفة وتباينة هو نموذج لهذا النوع من التحليل المبدئى .

ب - أن نحدد ضروب السلوك التى وجدت نتيجة التعاطى مثل : عدم القدرة على التعاطى الملائم مع الآخرين أو ضعف القدرة على تحقيق التوافق الإجتماعى .

جـ - تحديد مواطن قوة الفرد ويعنى هذا أن نحدد ما يستطيع الفرد أداءه حتى يمكن (استثماره) فى حل المشكلة .

٢ - تحليل سياق المشكلة من خلال الإجابة عن التساؤلات التالية :

أ - مَنْ هم الأشخاص المعترضون على ما يصدر من ضروب معينة

للسلوك؟ هل هو الشخص صاحب المشكلة أم أن هناك آخرين غيره ؟

ب - ومَنْ الذى يساعد تفاقم المشكلة من خلال تأييده لصاحب المشكلة ومَنْ هو أو هم ؟ .

جـ - وما النتائج المترتبة على وجود هذه المشكلة سواء لصاحب المشكلة أو لغيره ؟ .

د - وكيف يسير المتعاطى أموره وهو متورط فى خبرة لتعاطى ؟ وكيف يسير أموره بعد أن يقلع عنها ؟.

هـ - وهل من الممكن لحل المشكلة أن يخلق مشكلات أخرى جانبية ؟ وما هى هذه المشكلات؟

و - وهل من الممكن للشخص أن يعتمد على نفسه فقط فى حل مشاكله أم أنه بحاجة إلى آخرين يعاونونه فى هذا الأمَر؟

٣ - الوقوف على شكل التدعيات التى يمكن توظيفها فى إتجاه تمكين المتعاطى من الإقلاع عن خبرة التعاطى . من خلال إثارة هذه التساؤلات والإجابة عنها.

أ - هل هو تحقيق القبول والموافقة من جانب بعض الأشخاص الذين يمثلون أهمية بالنسبة له؟

ب - أم التخلص من خبرة تهدد بخطر على المستوى النفسى أ و الإجتماعى أو البدنى؟

جـ - أم محاولة إنقاذ ما يمكن إنقاذه سواء من المنظور الدراسى (إن كان دارساً) أو المنظور المهنى (إن كان عاملاً أو موظفاً) .

د - أم التخلص من عبء مالى يمثله الحصول على المخدر؟

هـ - ضرورة أخذ تاريخ المتعاطى فى الإعتبار والنظر إليه من خلال خبرات النجاح أو الفشل وتأثير هذا على توقعاته المستقبلية .

٤ - **التحليل الإرتقائى للمشكلة :** من خلال الإهتمام بالزوايا الثلاث الآتية :

أ - الزواية البيولوجية Biology : بمعنى هل ثمة متاعب بدنية ارتبطت بشكل أو آخر بظروف التعاطى ، وما حدود التدخل العلاجى المناسب ؟

ب - الزواية السوسيسولوجية Soeiology : حيث نحدد الملامح الميزة

للوسيط الإجتماعى الذى يمثله متعاطى المخدرات ، وحدود اتساق إتجاهات المتعاطى مع ظروفه الإجتماعية والإقتصادية التى يعيشها ، وبيان ما إذا كانت هناك تغيرات قد حدثت فى الوسط الإجتماعى بالمتعاطى وكان لها إنعكاسها عليه بشكل أو آخر من حيث التورط فى خبرة التعاطى . وكيفية إنعكاسات الخبرة .

عليه هذه من منظور الآثار المباشرة أو غير المباشرة ، وكذا بيان حدود التصارع فى أدوار المتعاطى الإجتماعية وكيفية خلق هذا الصراع وهل كان لهذا صلة بسلوكه ؟.

جـ - **الزاوية النفسية Paychology** : حيث يكون الإهتمام موجهاً إلى عدد من الجوانب المختلفة مثل :

- بيان حدود شذوذ هذه الخبرة إذا ما وضعت موضع المقارنة مع ضروب سلوكية أخرى للمتعاطى نفسه .
- بيان العوامل النفسية الإجتماعية التى رشحت خبرة التعاطى مسلكاً فى الحياة .
- كيفية إدراكه لهذه العوامل من منظور تأثيرها عليه أو على غيره من المحيطين به .
- فى أى ظروف يشعر المتعاطى بالحاح المخدر .
- فى أى ظروف أخرى يشعر بأهمية إعادة النظر فى مسلكه؟
- هل هناك قدرات يتأسى بهم المتعاطى وينسج سلوكه على غرارهم؟
- ومن هم أوليئك القدرات ؟

٥ - تحليل إمكانات التعامل مع المشكلة من خلال :

- بيان الحد الذى يمكن البدء فى مواجهة المشكلة .
- بيان الحدود الأخرى التى يمكن الوصول إليها بعد ذلك .
- بيان الكيفية التى يقوم بها تعزيز الخطوات المبدئية على حل المشكلة .
- حدود حرية صاحب المشكلة فى التعامل مع الحلول المطروحة.

٦ - تحليل السياق الإجتماعى الذى سينضوى الفرد فيه بعد الإنتهاء من الخبرة التأهيلية من خلال الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- من هم الأشخاص الذين سيتعامل معهم المتعاطى بعد إقلاعه؟
- هل هناك أفراد يمكن أن يلعبوا دوراً مناهضاً ضد الوجهة التأهيلية؟
- وهل هناك آخرون غيرهم يمكن أن يلعبوا دوراً إيجابياً.
- وما الظروف التى يمكن تطويعها لصالح البرنامج التأهيلى موضع التنفيذ؟

(محى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ٢٦٤ - ٢٦٧)

الأهداف الإستراتيجية لبرامج التأهيل :

١ - التوقف التام عن تعاطى المخدرات .

٢ - التأمين التام على دافعية المتعاطين إلى الإبراء من المخدر وعدم الإعتماد عليه .

٣ - الإلتزام التام بمجموعة صارمة من القواعد المنظمة لسلوك المتعاطى فى المناشط الحياتية المختلفة مع وجود نظام صارم للإثابة والعقاب .

٤ - تهيئة المتعاطى وإعداده لمرحلة الدمج فى الإطار الإجتماعى بعد المرور الموفق بخبرة التأهيل فى جوانبها المختلفة ، من خلال مهمتان أساسيتان هما:

أ - إعانة الفرد على التغلب على أوجه القصور التى يمكن أن تكون قد لحقت بقدراته ومهاراته المختلفة نتيجة المرور بخبرة التعاطى .

ب - المعاونة فى إتجاه أن يجد الفرد سبيله إلى ممارسة الأدوار المنوطة فى الحياة الإجتماعية .

(محى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ٢٦٧ - ٢٦٨)

الأهداف التكتيكية لبرامج التأهيل :

١ - إنماء مهارات الفرد الشخصية والإجتماعية .

٢ - إنماء إتجاه الفرد الإيجابى حيال الصحة العامة .

٣ - إنماء الإتجاه حيال الإنشطة الترويحية الإيجابية .

٤ - إنماء الإتجاه الإيجابى حيال الوقت .

٥ - إنماء الإتجاه الإيجابى حيال المستقبل .

٦ - إذكاء الوعى بالأخر وأهمية الأخر بالنسبة للفرد .

٧ - إنماء الإتجاهات المهنية والدراسية .

٨ - إتمام الإتجاه الإيجابى حيال القانون وإحترامه .

٩ - إنماء الإتجاه الإيجابى حيال الذات كذات فاعلة ومؤثرة .

١٠- إنماء الإتجاه الأسرى .

١١- إنماء الإتجاه الدينى بمفهومه الصحيح .

(محى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤، ٢٦٩)

(سيد عبد الحميد مرسى ، ١٩٧٦ ، ١٤٦)

مكان التأهيل : إن المهتمين بقضية التأهيل يطرحون هذه القضية :

أين يتم التأهيل ؟ وما هو المكان الذى سيتم فيه التأهيل ؟ وما هى الشروط الواجب توافرها فى هذا المكان (كمقومات ودعائم) حتى نضمن نجاح البرنامج التأهيلى؟ وتتفرع الإجابة عن التساؤلات السابقة فى أميرن هما :

إتجاه يؤكد (ولدية مبرراته القوية وحججه المنطقية) فى ضرورة أن يتم التأهيل فى مكان له مواصفات خاصة ، وشروط دقيقة ومدرسة وفق أسس علمية ثابتة حتى نضمن نجاح برامج التأهيل .

والإتجاه الثانى : يؤكد أصحابه رفضهم أن يتم التأهيل فى مكان منعزل عن السياق الإجتماعى ، ومن الأفضل أن يتم التأهيل فى إطار المجتمع الأكبر لأنه المكان الذى نعد فيه واليه الفرد للتفاعل .

أنظر على سبيل المثال :

(George Deleon, 1999, 395 - 430)
(Alterman A et al, 1993 , pp : 150 - 162)
(Barrh & Antes, D, 1981)
Deleong (Ed) 1997)
(Graham. W. F& Wexler, H. K, 1997, pp : 69 - 86)
(Erich, G, 1999, pp : 358 - 362)

وإذا كان محى الدين أحمد حسين يؤكد على ضرورة أن يتم فى مصر التأهيل فى مستشفى حكومى له العديد من المواصفات والشروط

(محى ادين أحمد حسين ، ١٩٩٥ ، ٢٧٤ – ٢٧٦)

إلا أننا نؤكد أنه لا يوجد فى مصر مكان تتوافر فيه الشروط أو الأشخاص الذين يجب أن تتوافر من خلالهم وبهم الظروف والعوامل المهيئة لإنجاح التأهيل وبرامجه ولذا لماذا لا يتم إنشاء مجتمع علاجى thera utic Camminty أو حتى معسكر علاجى thera utic Comping فى أى مكان فى صحارى مصر ويتم تدريب المدمنين (والذين خسروا الكثير من قدراتهم وتدهورات شبكة علاقاتهم الإجتماعية) حيث يتم تأهيل وتوجيههم وتدريبهم على العديد من المهن والهويات والتى تملء سلوكيات الإدمان (والذى يسعى التأهيل إلى إزالتها ودحضها) وإحلال سلوكيات وأعمال مهن تكون مفيدة للشخص وتساعده على إعادة الدمج مع نسيج المجتمع وخاصة بعد أن حدث له ما يسميه أستاذى الدكتور / مصطفى سويف الخلع dislocation (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢ : ٢٣٦)

خطوات التأهيل الإجتماعى : يشمل التأهيل الإجتماعى سلسلة من الخطوات المتكررة والمرتبطة مع بعضها البعض وتؤدى فى النهاية إلى تحقيق الهدف (أو الأهداف من عملية التأهيل . **وهذه الخطوات هى :**

١ – تحديد وحصر الأفراد الذين يحتاجون إلى خدمات التأهيل .

٢ – تحديد الحالة الصحية للفرد من خلال التشخيص الطبى .

٣ – التوجيه والإرشاد النفسى ويتم ذلك من خلال مساعدة الفرد على اكتشاف قدراته ومهاراته والعمل على الإنتقاء منها لتحرير ذات الفرد .

٤ – إستعادة الطاقة البدنية للفرد وحتى يتسنى لها تحقيق الأداء الإجتماعى المطلوب .

٥ – تدريب الفرد على ألوان متعددة من المناشط الإجتماعية التى تتناسب مع حالة الفرد البدنية والنفسية والإجتماعية .

٦ – الخدمات المساعدة التى قد تتطلبها عملية التأهيل كنفقات الإقامة أو الإنتقال أو توفير بعض الأجهزة التعويضية التى قد يحتاج إليها الفرد ... إلخ هذه الخدمات .

(سيد عبد الحميد مرسى ، ١٩٧٦ ، ٣٤٦ ، ناظك عيسى عفيفى ١٩٩٣ ، ٣٨)

خطوات التأهيل الإجتماعى لمدمنى المخدرات :

إن المتتبع للكتابات التى تناولت دور الإخصائى الإجتماعى فى التأهيل يجد أنها تمتد لتشمل العديد من المراحل ، ودوره يبدأ وبالتوازى مع دور الأخصائى النفسى الاكلينيكى من خلال المحاور الآتية:

أولا : العمل مع أعضاء الفريق العلاجى وفق تنسيق كامل .

ثانيا : العمل المهنى المتخصص : من خلال :

أ - التقييم الإجتماعى الشامل (وفق نموذج معد لذلك) .

ب - الإتصال بأسرة المدمن بشرط موافقته ، فإذا لم يوافق فى البداية أكد على ضرورة أن تشارك الزسرة (ويمكن أن يقوم بهذا الدور مع الإخصائى الإجتماعى باقى أفراد الفيرق العلاجى) .

جـ - تحديد العوامل والمشكلات المباشرة - وغير المباشرة - والتى يرى الأخصائى الإجتماعى - وباقى أعضاء الفريق العلاجى وكذا المريض / المدمن إنها قد تعوق استمرار تعافيه مثل :

١ - موقف الأسرة من المريض / المدمين وهل موقفها تقبل ودعم أم رفض ونبذ ؟

٢ - نمط حياته اليومى والأساليب التى من خلالها يشغل وقت فراغه .

٣ - العمل ، هل يوجد عمل ، وإذا كان يوجد عمل هل يواجه بعض الضغوط والعقبات التى تعوق استمراره فى هذا العمل ؟ أو هل هو مهدد بالفصل أو فصل فعلاً - وإذا كان الأمر كذلك فهل لديه خطة مستقبلية للإلتحاق بعمل أم أن ذلك ليس فى حيز تفكيره الآن ؟ وما هو العمل المناسب لقدراته الراهنة فى الوقت الراهن ؟

٤ - تأثير شبكة العلاقات الإجتماعية على انتكاسته أو إستمرار تعافيه .

٥ - تحديد الممواقف المؤدية إلى الإنتكاسة مع باقى أعضاء الفريق العلاجى وخاصة الإخصائى النفسى الإكلينيكى .

د - إعداد قائمة بالمشكلات التى تعوق استمرار التعافى ، وذلك يتطلب :

١ - وضع خطط بعيدة المدى وأخرى قصيرة المدى لكل مشكلة .

٢ أن تراعى الخطط قصيرة المدى أن تنجز ويتم التعامل معها أثناء تواجد المدمن (الناقة) فى المستشفى .

٣ - حث المريض على المشاركة فى كافة الأنشطة العلاجية داخل المستشفى - أو المتابعة من خلال وحدة الرعاية اللاحقة After ، أو المجتمع العلاجى therapeutic Community .

هـ - تقييم ما تم من نتائج - من خلال تدخلات أعضاء الفريق العلاجى وتحديد أى المشاكل تم التعامل معها ، وأيهما لم يتم إحراز أى تقدم بشأنها وأسباب ذلك ، وتحديد الشخص الذى يمكن أن يقوم بالتدخل على المستوى الفردى والجماعى مع ملاحظة الربط بين تلك القائمة وأهدافها وتناسقها مع الخطط بعيدة وقصيرة المدى الخاصة بالمدمن / المريض.

و - الإستمرار فى متابعة المدمن (الناقة) من خلال التأكيد على **المحاور الآتية :**

١ - أن يتفهم المريض / المدمن طبيعة المشلات المترتبة على إدمانه ، وأنه ليس من الممكن حل مشكلات سنوات طويلة خلال فترة قصيرة من الزمن وأن يتسم بالصبر والتعامل العقلانى مع مشكلاته .

٢ - الحرص على الإتصال بأسرة المدمن / المريض من خلال المحاور الآتية :

أ - تكوين علاقة مهنية معهم .

ب - أن يعمل على (تثقيف) أسرة المدمن / المريض ،نقل إطار معرفى إليهم **يتعلق بـ :**

١ - شرح طبيعة الإدمان كمرض .

٢ - التعامل مع إنكار الأسرة .

٣ - الأدوار الجديدة فى الأسرة .

٤ - نمط الإدمان المصاحب .

٥ - تزويد الأسرة باجابات علمية عن استفسارتها والأسئلة التى تطرح من أى عضو من أعضاء الأسرة.

٦ - تحديد مسؤوليات الأسرة فى تنفيذ ما يرتبط بها من أهداف بعيدة المدى أو قصيرة المدى .

٧ - التأكيد على الأسرة أن تقوم بأدوارها خاصة التأكيد على حضور

(المدمنالناقة) جلسات التعافى من خلال تردده على وحدة العلاج الخارجى للمستشفى.

٨ - إتاحة الفرصة للأسرة لحضور جلسات العلاج النفسى الأسرى (وإن يتم ذلك وفق تكنيكات معينة) ويمكن أن يشارك أكثر من عضو من أعضاء الفريق العلاجى فى ذلك وخاصة الأخصائى النفسى الإكلينيكى والطب النفسى .

وما سبق من أدوار لأخصائى التأهيل الإجتماعى والنفسى قد أستند إلى أمرين :

الأول : خبرة الباحث فى هذا المجال ومن خلال التعاون مع باقى أعضاء الفريق العلاجى فى إنجاز كافة الخطوات السابقة .

الثانى : أنه على سبيل المثال قد ذكرت العديد من المراجع ديناميات الأسرة ، والأدوار التى يمكن أن تساهم من خلالها فى تأهيل المدمنين وخاصة ما أكد عليه سلفادور مينوشن Slvador Minuchin وجاى هالى Jay Haley (1980) حيث أن الإدمان قد يقود إلى عدم تكيف أعضاء الأسرة ، وخلل فى شبكة العلاقات والإتصالات الإجتماعية بين الأفراد (David. J et al, 1991 , 822 - 879) بل يمكن إستخدام الأنساق الأسرية كمدخل علاجى .

(Thomas. C. T, 1991 , Payan, M, 1991 , Marc . G, 1994) أنظر كذلك (فتحى عبد الواحد أمين ، ١٩٨٩ ، سوسن عثمان عبد اللطيف ١٩٨٨ ، ص ص ١١ - ٤٠ ، مديحة مصطفى فتحى ، ١٩٨٨ ، ص ص ٢٣٣ - ٢٩٤)

التأهيل الإجتماعى النفسى فى المجتمع العلاجى :

أن فكرة المجتمعات العلاجية therapeutic Comminty يجد المتتبع لها بعض الدراسات وتخصيص بعض الفصول فى الكتابات الأجنبية والتى بدأت فكرتها من منطلق حقيقة أن الإدمان مزمن ويحتاج إلى وقت وجهد طويلين سواء من جانب المدمن أو أسرته أو حتى من جانب الفريق العلاجى ، وأن الأبحاث التى تناولت بالدراسة مثل هذه المجتمعات العلاجية قد أوضحت نجاحها فى تحقيق تغيير فى سلوكيات الشخص المتعاطى (سابقاً) كما سنشير لاحقاً .

ومن هنا جاءت فكرة المجتمعات العلاجية على أساس الإهتمام بالشخص المدمن أو المسرف فى تعاطى المواد المخدرة لأن المخدرة لأن التعاطى قد يكون عرض ضمن زملة من الأعراض التى تفصح عن أننا بصدد شخصية تورطت فى

تنمية ودعم نمط معقد من سوء التوافق محوره الإعتماد على مادة مخدرة (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢ : ٢٤٠)

ولسنا بصدد الحديث عن كيفية ظهور مثل هذه الفكرة ، وأين بدأت لكنها بدأت تاريخياً فى الولايات المتحدة وبدعم من المركز العلمى للمخدرات (NARA عام ١٩٦١ .

(How RD, A, 1999 p : 182 , 1961)

ومن خلال مجموعة من «اللاءات» إن جاز التعبير من حيث :

- لا للمخدرات .
- لا للمراوغة .
- لا لأى سلوك عنيف Violence
- لا لأى سرقات .
- لا للجنس .
- لا لأى وعود premission تقطعها على نفسك تجاه الآخرين (Erich, G., 1999 , p : 358)

وإن العلاج يقوم على مجموعة من الأسس :

- العلاج البيونفسى إجتماعى Biopsychosocial
- مساعدة الشخص لنفسه .
- الإنضمام إلى جماعات الدعم الذاتى A. N أو A. A.
- الإنضمام إلى العلاج النفسى الجمعى .
- المحافظة على التعافى .
- تجنب أى علاقات أو سلوكيات قد تقود الشخص إلى الإنتكاسة .
- أن يكون للمدمن Responser أى (كفيل – إن جازت الترجمة) يصارخه بأى مشاعر أو سلوكيات قد تقوده إلى الإنتكاسة .
- إتباع الاثنى عشرة خطوة Twelve steops لجماعات المدمن الكحولى المجهول (A.A.) Methadone programs ودراسة تأثيراته وأهمية إستخدامه لبعض الحالات وتحت ظروف معينة :

- التدريب على تعديل السلوك .
- الإهتمام بالوقاية الصحية والمحافظة على الصحة الجسمية.
- التعامل مع الحالات التى تعانى من الإيدز AIDS and HIV أو نقصالمناعة المكتسبة Vocational rehabilitation
- إمكانية الإرشاد المهنى Occupational Counselling من حيث الأخذ فى الإعتبار إختيار الوظيفة الملائمة ووضع الشخص (المدمن السابق) والأحوال السائدة فى سوق العمل .
- إمكانية الترجيه المهنى Occuptional guidance من حيث الموازنة بين ما يمتلكه الشخص من إمكانيات وقدرات إلى العمل الذى يتناسب وهذه القدرات التى يمتلكها المدمن (الناقة) فى الوقت الراهن .
- إمكانية التدريب على وظائف مختارة trâning ووفقاً لحالة المدمن فى الوقت الراهن .
- المتابعة والتقويم Evaluation

(أنظر : لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢ ، ٢٤٠ – ٢٥٠)
(Erich, G, 1999 pp : 358 - 380)
(Howard, A, 1999, pp : 171 - 203)
(Geore Deleon, 1999 pp : 395 - 430)
(فيكتور سامى ، ١٩٨٩ ، ١٥٧ – ١٦٠)

مآل الإعتماد : أثبتت الإبحاث الآتى :

- يوجد صعوبة بالغة فى إعطاء صورة واضحة لمصير علاج الإدمان لأنها تتوقف على العديد من العوامل .

- وجدت بعض الدراسات أن حوالى ٧٠ – ٨٠٪ من المدمنين يتوقفون عن التردد لإستكمال العلاج التأهيلى والنفسى بعد خروجهم من المستشفى أو إختفاء الأعراض النفسية .

- إن المآل الجيد أو السيء يتوقف على العديد من العوامل وما إذا كان الإدمان اساسيا أم ثانويا .

- تدل الأبحاث الحديثة والمتابعة لإدمان الهيروين – كمثال : إن نسبة الوفاة

تتراوح بين ٣ - ٥٪ كل عام أى أن ١٥٪ من المرضى يموتون خلال ثلاث سنوات من الإدمان والبعض الآخر ينتهى بأمراض عقلية أو الإيداع فى السجون .

- إن ٤٧٪ من مدمنى الأفيون والهيروين قد فقط عن التعاطى بعد (٦) شهور ويحتمل أن يتعاطى الفرد مرة أو مرتين المواد أثناء المتابعة ولكنها تنتهى بنكسة أو إنتكاسة Relapes .

- من خلال متابعة (١٠٠) مدمن هيروين فى مصر وجد الآتى :

* - نسبة التوقف عن التعاطى بعد (٦) أشهر حوالى ٣٤٪ .

* ويبدو أن النسبة العالمية لمآل إدمان الهيروين هو الإنقطاع عن التعاطى فى الثلث وعدة نكسات وإضطرابات فى العمل والتوقف أحيانا ثم العودة ثانيا فى الثلث الآخر ، أما الثلث الباقى فينتهى فى السجون أو مستشفيات الأمراض العقلية أو الوفاة .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ص ٥٠٤)

مراجع الفصل

١ - أحمد عكاشة (١٩٩٨) ، **الطب النفسى المعاصر** ، مكتبة الانجلو المصرية .

٢ - محمد حسن غانم (٢٠٠٤) ، **المدمنون وقضايا الإدمان** ، الإسكندرية ، المكتبة المصرية .

٣ - محمد حسن غانم (٢٠٠٥ - أ) ، **الإدمان : أضراره ، نظريات تفسيره . علاجه** ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

٤ - محمد حسن غنيم (٢٠٠٥ - ب) ، **العلاج والتأهيل النفسى والإجتماعى لمتعاطى المخدرات** ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

٥ - محمد حسن غانم (٢٠٠٦) . **دراسات ميدانية فى الإدمان** ، القاهرة . دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

6 - Americar psychiatric Asso ciation (1994) **Diagnostic and statisical manual of mental disorders** (4th. ed.) washington. D.C.

الفصل الثانى عشر

الإضطرابات الجنسية
Sexual Disorders

محتويات الفصل

- وبائيات الإضطرابات الجنسية.
- تعريف الجنس واضطراباته.
- شروط السواء الجنسي.
- الإضطرابات الجنسية في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع.
- أسباب الإضطرابات الجنسية.
- علاج الإضطرابات الجنسية.
- مسار ومآل الإضطرابات الجنسية.

الإضطرابات الجنسية
Sexual Disorders

وبائيات الإضطرابات الجنسية :

– بالطبع لا توجد بيانات إحصائية دقيقة أو شبه دقيقة يمكن أن توضح لنا الصورة عن قرب للإضطرابات الجنسية وذلك وفقاً للعديد من العوامل والأسباب أهمها سرية مثل هذه الإضطرابات فى غالبية الأحوال وغيرها من العوامل .

– لكن فيما يتعلق – على سبيل المثال – بالعادة السرية أو الاستنماء وجد أن نسبة ممارسة الأستنماء بين طلبة الإعدادية حوالى ٢٩ ٪ ، وبين طلبة الثانوية ٣٧ ٪ وتصل النسبة بين طلبة الجامعة إلى ٦٦ ٪ وكذلك تنتشر العادة بين الفتيات ولكن بنسبة أقل من الرجال .

– وفيما يتعلق بإضطراب الاستجناس أو الجنسية المثلية وجد أن هذا الإضطراب ينتشر بين الرجال أكثر من النساء ، وهو أكثر شيوعا فى بعض الدول عن بعضها الآخر .

– تصل نسبة الاستجناس أو الجنسية المثلية فى بريطانيا والولايات المتحدة على سبيل المثال من ١٨ – ٢٢ ٪ من مجموع كل الرجال .

– فى حين قد تصل هذه النسبة فى بعض الواحات المصرية إلى ٥٠ ٪ ، وعادة ما يقتصر الاستجناس فى النساء على امرأة واحدة أى أنها لا تمارس الجنسية المثلية إلا مع طرف واحد . أما فى الرجال فعادة ما يمارس الجنس مع عدة أشخاص.

– وفيما يتعلق ببعض الإضطرابات الأخرى الجنسية فلا توجد عنها بيانات دقيقة ، وإن من يعملن فى مجال الدعارة ، أو حتى (المترددين) من الرجال عليهن لاتوجد نسبة إحصائية دقيقة يمكن الإعتماد عليها فى هذا الصدد .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ؛ Kaplan, H. & sadock, B. 1996)

– كما يجب أخذ مدى السعادة الزوجية فى الإعتبار إذ ذكر فرانك وزملاؤه فى دراسة لهم على مئة من الأزواج المتعلمين تعليما عاليا والذين ذكروا أنهم سعداء أن ٨٠ ٪ ذكروا أن علاقاتهم الجنسية الزوجية سعيدة ومرضية ، وعلى الرغم من ذلك فقد

ذكر ٤٠ ٪ من الرجال مشكلات تتعلق بالإنتصاب أو القذف ، وذكرت أكثر من ٦٠ ٪ من النساء مشكلات تتعلق بالإثارة أو الإشباع .

(ب. دى سيلفا ، ٢٠٠٠ ، ٢٣٢)

– وقد قدرت بعض الدراسات أن مشكلة ضعف الإنتصاب لدى الذكور تصل لحوالى ٥٠ ٪ من الرجال .

– فى حين وجدت بعض التقديرات المتحفظة أن إضطراب الإنتصاب لدى الذكور قد يؤثر فيما يتراوح بين ٤ ٪ ، ٩ ٪ من مجموع السكان البالغين ، أو أن هذا الإضطراب يحدث لدى أقل من ١ ٪ من السكان الذكور قبل عمر ١٩ عاما وتزيد هذه النسبة لتصل إلى ٢٥ ٪ مع بلوغ ٧٥ عاما .

– وقد ذكر ماستر وجونسون بعض الحقائق الآتية

* ٥٠ ٪ من الرجال الذين يطلبون العلاج فى معهدهم يشكون من أعراض ثانوية (أى مكتسبة) لإضطراب الإنتصاب .

* يشكو ٨ ٪ من أعراض أولية (أى معتمدة على مدى العمر) لإضطراب الإنتصاب .

(اندرو . ميسلز ، ٢٠٠٢ ، ١٠٦ – ١٠٦)

– كما أن مثل هذه الإضطرابات وغيرها تعود إلى الكدر الزواجى .

(جيمس كوردوفا ، نيل جاكوبسون ، ٢٠٠٢ ، ص ص ١١٤٥ – ١٢٠٨)

وفى دراسة عن بعض أشكال السلوك الجنسى لدي عينة من طلبة الجامعة (الذكور) عددهم ١٨٢ من **الريفيين والحضريين** توصل طه المستكاوى إلى:

أ – فيما يتعلق بممارسة العادية السرية :

– ٨ر٩١ ٪ لديهم إتجاها سلبيا نحو العادة السرية .

– إن إتجاه الريفيين نحو العادة السرية كان أكثر سلبية من إتجاه الحضريين.

– إن الغالبية العظمى من عينة الدراسة (٦ر٩٥ ٪) ذكروا أنهم قد مارسوا العادة السرية مرة واحدة على الأقل طوال حياتهم .

– إن ٨٩ ٪ من عينة الدراسة ذكروا أنهم مارسوا العادة السرية خلال الأسبوع الأخير (أى قبل إجراء الدراسة) مرة واحدة علي الأقل) .

- لا توجد فروق دالة بين متوسطى عدد مرات ممارسة العادة السرية خلال الأسبوع الأخير بين مجموعتى الريفيين والحضريين .

ب - النتائج الخاصة بممارسة الجنس مع مومسات :

- ٦٣ر٧٪ من عينة الدراسة لديهم إتجاها سلبيا نحو المومسات.
- على الرغم من النظرة السلبية تجاه المومس إلا أنه يوجد قدر من التسامح تجاهها فى عينة الحضر مقارنة بعينة الريف .
- ٩٣ر٤ من عينة الدراسة ذكروا أنهم لم يمارسوا الجنس مع مومسات.
- ٦ر٦٪ ذكروا أنهم مارسوا الجنس مع المومسات .
- لم تتجاوز مرات الممارسة مع المومس (ما بين مرة إلى ثلاث مرات) .

ج - النتائج الخاصة بالجنسية المثليه :

- إن ٩٩ر٥٪ من عينة الدراسة لديهم إتجاها سلبيا نحو ممارسة الجنسية المثلية.
- هناك تشابها كبيراً بين إتجاهات كلا من الريفيين والحضريين نحو الجنسية المثليه (وهى إتجاهات سلبية فى الغالب) .
- ٧٦ر٩٪ من عينة الدراسة ذكرت أنها لم تمارس الجنسية المثليه ولو مرة واحدة على الأقل طوال حياتها .
- ٢٣ر١٪ ذكروا أنهم مارسوا الجنسية المثليه مرة واحدة فى حياتهم .
- ٧٨ر٦٪ من العينة ذكروا أن عدد مرات ممارستهم للجنسية المثليه ما بين مرة واحدة إلى ثلاث مرات طوال فترة حياتهم .
- ٢١ر٤٪ ذكروا أنهم مارسوا الجنسية المثليه ما بين أربع مرات إلي ثمانى مرات طوال حياتهم .

د - النتائج الخاصة بممارسة الجنس مع الحيوانات :

- ٩٦ر٧٪ من عينة الدراسة لديها إتجاها سلبيا نحو ممارسة الجنس مع الحيوانات .
- إن الإتجاه الأكثر سلبية نحو ممارسة الجنس مع الحيوانات كان فى عينة الريف أكثر من عينة المدن .

- ٣ر٧٥٪ من عينة الدراسة ذكروا أنهم لم يمارسوا الجنس مع حيوانات .
- ٧ر٢٤٪ من عينة الدراسة ذكروا أنهم مارسوا الجنس مع الحيوانات لمرة واحدة .
- ٦٠٪ من عينة الدراسة ذكروا أنهم مارسوا الجنس مع الحيوانات من مرة إلى مرتان فقط .
- ٧٤ر٨٦٪ من أفراد العينة ذكروا أنهم مارسوا هذا السلوك ما بين مرة واحدة إلى أربع مرات .
- ذكر الذين مارسوا الجنس مع الحيوانات أنها تمت بدافع التجريب ، وتفريغ للطاقة الجنسية فى مرحلة المراهقة (تحدياً) .
- بمقارنة نتائج مجموعتى الريفيين والحضريين ، كانت نسبة من مارس هذا السلوك من الريفيين ٤ر٣٧٪ وهى نسبة أعلى ويشكل دال إحصائيا عند مستوى ٠٠١ من نسبة الحضريين والتى بلغت ١ر١٢٪.

(طه أحمد المستكاوى ، ٢٠٠٦)

مع الأخذ فى الإعتبار أننا قد أوردنا (بعض من نتائج هذه الدراسة) كالآتى:

أ - إنها دراسة حديثة (٢٠٠٦).

ب - أجريت على قطاع من طلاب كلية الآداب - جامعة أسيوط (من أقسام التاريخ - علم النفس - الفلسفة - اللغة العربية).

جـ - إنها قد أعطت مؤشرات - صادقة إلى حدا ما - عن أزمة الجنس فى مرحلة المراهقة (خاصة مع الفضائيات والكليبات وغيرها من مواقع الأثاره والتى غزت منازلنا).

د - إن الدراسة قد أقتحمت هذا (التابو) المحرم فى المجتمع حيث أن الحديث (فى الجنس وعن الجنس ، من الخطايا التى لا تغتفر).

هـ - إن النتائج بصفة عامة تعطى فكرة عن (وبائيات الإضطرابات الجنسية) فى المجتمع المصرى وفى قطاع هام منه (قطاع الذكور) .

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٦)

تعريف الجنس : Sexuality

تتعدد التعريفات التى قدمت لمفهوم الجنس إلا أن الشئ الثابت أن اسهامات التحليل النفسى فى موضوع الجنس قد فتحت الأعين والآذان إلى محاولة فهم طبيعة الجنس وإقرار حقيقة أن الحياة الجنسية لا تبدأ عند البلوغ بل تبدأ مع الميلاد ، وقد أكد هذا الإكتئاب كنسبى Kinsy ومعانوه .

(مصطفى زيور ، ١٩٧٥ ، ٢١٥ – ٢١٧)

ولذا فقد أحسنت موسوعة علم النفس والتحليل النفسى حين قام مؤلفوها بتقديم العديد من المفاهيم حول مفهوم الجنس : **جنسية مثلية** Homosexuality وجنسية طفلية Infanti Ieseyualit ، وجنسية حيوانية Sooer asty وجنسية غيرية Heterosexul وجنسية ذاتية A utosexuality وغيرها من صور الجنسية

(فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣ ، ٢٨١ – ٢٨٥)

ولذا فأن الإضطرابات الجنسية تعنى الحصول على اللذة بطرق غير المعتادة أو المألوفة مثل الجنسية الطمية أو الشرجية أو غيرها من صور الإنحرافات التى سنشير إليها فى ثنايا هذا الفصل .

وقد خلق الله الجنس من أجل إعمار الأرض وتحقيق الخلود للفرد . وأن « اللى خلف مامتش » ، ولا يمنع ذلك من تحقيق المتعة فى الممارسة ، ومع موضوع يحبه الشخص ، أى أن الغريزة الجنسية لم تخلق كمتعة فى ذاتها ، بل هى وسيلة لحفظ النوع ، إذ تتفرع عنها ثلاث غرائز فرعية :

أ – غريزة خاصة بالشهوة بين الرجل والمرأة .

ب – عاطفة نفسية متبادلة بين الرجل والمرأة .

جـ – الحب العائلى الذى يربط بين الزوجين والأولاد (غريزة الأمومة / غريزة الأبوة) .

ولكى يتحقق السواء الجنسى لابد من توافر الشروط الآتية :

أ ظهور الغريزة الجنسية لدى كل من الرجل والمرأة ، صحيح أن معالم الجنس توجد وتحديدا منذ فترة البلوغ أو المراهقة حيث يظهر – تلقائيا – الميل إلى الجنس التالى .

ب – الاختيار الحر بين الطرفين ، حين يختار الرجل المرأة ، والعكس فيما يتعلق بالمرأة : (إذ اختارك وُزنت فى نفس الوقت تختارينى) .

جـ – أن يكون الجنس محققاً المتعة لكلا الطرفين ، هذا يتوقف على العديد من العوامل أهمها : مراعاة ظروف كل طرف لظروف الطرف الآخر ، حتى لا تتحول الممارسة إلى قهر أو عدم مراعاة البعد الإنسانى . وهذا يذكرنا بالعديد من الشكاوى التى تقدم فى المجتمع الغربى من خلال اتهام السيدة بأن زوجها يغتصبها إذا واقعها دون رضاها أو استعدادها النفسى لذلك .

د – أن يكون الجنس مع نفس الشخص (أى عامل التكرار) وعدم لرغبة فى التغيير أو تجريب الممارسة مع شخص آخر .

هـ – أن تستمر العلاقة عقب نهاية الفعل الجنسى .

و – أن يكون الهدف من الجنس الإنسال (اى الإنجاب) ولا مانع من تحقيق المتعة .

ط – أن تكون هناك مداعبة (وتسخين) قبل الممارسة أى أن يكون الطرفين مهيئان نفسيا وفسيولوجيا لذلك .

ظ – أن تتم الممارسة بصورة طبيعية (أى فى الأماكن المخصصة لذلك)

ع – أن يحرص كل طرف على الوصول بالذروة بالنسبة للطرف الآخر ، ومراعاة ذلك تماماً .

غ – أن يعبر كل طرف عن إمتنانه وشكره وتقديره للطرف الآخر .

ف – أن يتم كل ذلك فى جو حالم ورومانسى ، وأن تكون الظروف – الفيزيقية والنفسية – مهيئة لذلك حتى تتم بلا إزعاج .

الإضطرابات الجنسية فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع :

يصنف الإضطراب الجنسى فى أربع فئات هى :

أولا : إختلال الوظائف الجنسية : Sexual Dysfunctions

وينقسم إلى :

١ – **إضطرابات الرغبة الجنسية** Sexual Desiese Disorders

وتشمل نوعيم من الإضطرابات هى :

أ – إضطراب نقص الرغبة الجنسية .

محكات تشخيصها :

١ – تكرار غياب الرغبة الممارسة الجنسية ، مع ضرورة أن يتم التشخيص

من قبل إكلينيكى مع ضرورة الأخذ فى الإعتبار عوامل العمر / الحالة الصحية / أو أمراض قد أصيب بها .

٢ - إن هذا الإضطراب يسبب أسى ملحوظ لدى الشخص فضلاً عن حدوث صعوبات مع الشريك .

٣ - لا يرجع هذا الإضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمادة المؤثرة نفسياً أو لا يكون نتيجة لحالة طبية عامة .

ب - إضطراب تجنب اللقاء الجنسى :

محكات التشخيص :

١ - تجنب ثابت ومتكرر للدخول فى علاقات جنسية مع شريك الحياة .

٢ - يسبب الإضطراب آسى ملحوظ .

٣ - لا يفسر هذا الإضطراب فى حالة وجود إضطراب عقلى آخر على المحور الأول مثل الإكتئاب .

٢ - إضطرابات الإثارة الجنسية : Sezual Arousal Disorders

وينقسم إلى :

أ - إضطراب الإثارة الجنسية لدى الأنثى :

محكات التشخيص :

١ - الفشل المتكرر فى الوصول إلى الإثارة الجنسية - كليا أو جزئيا - أثناء العملية الجنسية .

٢ - يسبب هذا الإضطراب حزن وآسى ملحوظ ، إضافة إلى وجود صعوبات مع الشريك .

٣ - لا يرجع هذا الإضطراب الى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لإستخدام عقاقير أو أدوية نفسية .

ب - إضطراب الإثارة الجنسية لدى الذكور (إضطرابات الإنتصاب) .

محكات التشخيص :

١ - الفشل المتكرر والمستمر والثابت فى إنتصاب العضو الذكرى بشكل جزئى أو كلى حتى إتمام العملية الجنسية لى نهايتها .

٢ - هذا الإضطراب يسبب آسى وحزن وصعوبة فى العلاقات الشخصية المتبادلة

٣ – لا يرجع هذا الإضطراب إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة للمادة المؤثرة نفسيا ، ولا يكون نتيجة لحالة طبية عامة .

٣ – إضطرابات الذروة (أو الوصول إلى قمة النشوة) الجنسية :

Orgasmic Disorders

ويشمل الإضطرابات الآتية :

أ – إضطرابات الذروة الجنسية لدى الأنثى :

معايير التشخيص :

١ – تأخير أو غياب ثابت ومتكررة للذروة الجنسية لدى الأنثى بعد إثارة جنسية طبيعية أثناء الممارسة الجنسية .

٢ – يسبب هذا الإضطراب آسى وصعوبة فى العلاقات الإنسانية المتبادلة مع الطرف الآخر (الزوج) .

٣ – لا يرجع هذا الرضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمادة النفسية ولا يكون نتيجة لحالة طبية عامة .

ب – إضطرابات الذروة الجنسية لدى الذكر :

معايير التشخيص :

١ – تأخير أو غياب الذروة الجنسية المتكررة أو المستمرة لدى الذكر بعد مرحلة الإثارة الجنسية الطبيعية خلال الممارسة الجنسية .

٢ – يسبب هذا الإضطراب آس وصعوبة فى العلاقات المتبادلة .

٣ – لا يرجع هذا الإضطراب إلى التأثير الفسيولوجية المباشرة للمادة المؤثرة نفسيا أو نتيجة إضطراب نفسى آخر فى المحور الأول مثل الإكتئاب .

جـ – سرعة القذف Premkature Ejaculation

معايير التشخيص :

١ – قذف سريع متكرر بعد الإثارة الجنسية أو قبل حدوثها (أما قبل الإبلاج أو بعده) ولذلك يأخذ العديد من العوامل فى الإعتبار : السن / الأمراض ... الخ .

٢ – يسبب هذا الإضطراب آسى ملحوظ وينعكس فى العلاقات الشخصية مع الطرف الآخر .

٣ – لا ترجع سرعة القذف إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمواد المؤثرة نفسيا .

٤ – إضطرابات الآلم الجنسية : Sexual Pain Disorders

ويتضمن فئتين هما :

أ – ألم الإتصال الجنسى Dyspareunia

محكات التشخيص :

١ – وجود ألم تناسلى متكرر فى العضو التناسلى (لدى الجنسين) أما قبل أو أثناء أو حتى بعد الممارسة الجنسية .

٢ – يسبب هذا الإضطراب آسى واضح وإضطراب فى العلاقة بالطرف الآخر .

٣ – لا يرجع هذا الإضطراب إلى التهاب المهبل أو إنقباض المهبل أو نقص فى الإفرازات التى تساعد على عملية الإبلاج ، كما لا يرجع إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمواد المؤثرة نفسيا ولا يكون نتيجة حالة طبية عامة .

ب – التقلص المهبلى : Vaginisum

محكات التخيص :

١ – وجود تقلص لا إرادى متكرر فى عضلات الثلث الخارجى للمهبل والذى يكون عائقا أمام عملية الإبلاج .

٢ – يسبب هذا الإضطراب آسى ملحوظ وإضطراب فى العلاقة بالطرف الآخر .

٣ – لا يرجع هذا الإضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمادة المؤثرة نفسيا ، كما لا يرجع لإضطراب عقلى آخر فى المحور الأول مثل وجود إضطرابات بدنية .

ثانيا : الشذوذ الجنسى : Paraphilas

وتشتمل تلك الفئة الرضطرابات الجنسية الآتية :

١ – الإستعرائية Exhibitionism

٢ – الفيتيشية Fatishism

٣ – الإحتكاك Frottevism

٤ – الولع بالأطفال Pedophilia

٥ – المازوخية الجنسية Sexual Masichism

٦ – السادية الجنسية Sexual Aadism

٧ – التبصص Voyeurism

٨ – الفيتيشية الشاذة فى الملابس : معايير التشخيص

أ – وجود نزعات جنسية أو خيالات جنسية شديدة ومتكررة لمدة لا تقل عن ٦ شهور تتضمن إرتداء ملابس الإناث لحصول على الإثارة الجنسية .

ب – تسبب تلك النزعات أو الخيالات آسى دالا إكلينيكيا وإضطراب فى العلاقات الإجتماعية والمرضية مع الآخرين .

٩ – الشذوذ الجنسى غير المصنف فى مكان آخر Paraphilia مثل :

أ – ممارسة الجنس من خلال الهاتف Telophone Scatalogia

ب – شذوذ إشتهاء الموتى Necrophilia

جـ – شذوذ الولع بالبراز Coprophilia

د – شذوذ الولع بالحيوانات Zoophilia

هـ – شذوذ الولع بجزء من الجسم Partializm

و – شذوذ الولع بالحقن الشرجية enemas-Klisma philia

ط – شذوذ الولع بالبول Urophilia

(APA. , 2000)

الإنحرافات الجنسية بين الشباب فى مصر من واقع نتائج بعض الدراسات الميدانية حيث تأخذ الإنحرافات الجنسية الأشكال الآتية :

١ – الجنسية المثلية اللواط) .

٢ – الجنسية الغيرية (الزنا) .

٣ – الإغتصاب .

٤ – البغاء والدعارة .

٥ – ممارسة الجنس مع الحيوانات .

٦ – ممارسة الجنس مع الأطفال .

٧ – نكاح المحارم .

٨ – نكاح الموتى .

٩ - الإستعراضية .

١٠ - الفيتيشية .

١١ - الماسوكيــة .

١٢ - السادية .

١٣ - هوس الجنس .

١٤ - أستراق (إختلاس) النظر والإحتكاكات الجنسية .

١٥ - عشق ملابس الجنس الآخر .

١٦ - الاستنماء.

(من خلال محمد نجيب الصبوه ، ٢٠٠١ ، ص ٧٦)

لكن هناك العديد من الإنحرافات سنعرض لبعض حالاتها .

أ - الفيتيشية

حـيث يكون الجنس هنا غـيـر مـرتبط بـالشـخص وإنما بـجـزء من المتـعلقـات الشخصية الذى يمتلكه الشخص . بمعنى أن الشخص المصاب بهذا الإنحراف يسعى جاهدا إلى سرقة جزء من ملابس المرأة ، وإن هذا الجزء يثيره ويوصله إلى قمة النشوة وكأنه بالفعل يمارس الجنس ممارسة كاملة (مع من سرق جزءا من ملابسها) .

والتراث السيكولوجى الغربى مليئ بذكر العديد من هذه الحالات :

* مثلا شاب منحرف كان فى الخامسة عشرة من عمره لا يشعر إلا باللذة من خلال متابعة أو سرقة « أحذية النساء » لدرجة أنه قد وصل إلى قمة اللذة حين كا يسير وراء إحدى السيدات معجباً فقط بحذائها ، وحين رفعت السيدة قدميها فى أحدى المنحنيات لتنظيف الحذاء جن جنونه ، ولم يتمالك نفسه فخطف منها الحذاء ، وأنزوى به جانبا وأخذ يمارس العادة السرية .

* شاب أخذ يتتبع سيدة ليلا وحين تلفت يمنه ويسره ولم يجد أى شئ ، أنقض على السيدة ، ظنت أنه يريد إغتصابها ، خاصة بعد أن شل حركتها واوقعها أرضا ولكنها فؤجئت به فقط سلبها « جوربها » ويأخذه ويعود ركضا تاركا إياها فى بحيرة من الذهول .

* شاب لا يعنيه فقط الا سرقة « الكورسيهات والسوتيانات » ولذا يتحين أى فرصة لممارسة هذه الهواية سواء بالسرقة من أحبال الغسيل ، أو سرقتها من المحلات

التى تبيع الملابس الداخلية للسيدات والفتيات .

إلا أن هذا الإضطراب لا يصيب فقط الرجال ولكن أيضا السيدات :

– امرأة متزوجة كانت تحرص على « نشل » الأقلام من جيوب الرجال وتخفيها بسرعة بين طيات ملابسها .

– امرأة متزوجة كانت تسرق الدمى من المحلات وقد قبض عليها أكثر من مرة لدرجة أنها قد أعترفت لزوجها أن دولابها الخاص وأسفل السرير مليئى بالدمى ، وأنها لا تعرف لماذا تفعل ذلك ، إلا أنها تشعر « باللذة والمتعة الجنسية » حين تفعل ذلك .

– فتاة لا تجد متعة إلا فى سرقة « كوفيات » الرجال وتخفيها بين طيات صدرها أو فى « الكورسية » الخاص بها .

وهكذا تتعدد حالات « الفيتيشية » أو الأثرية حيث التعلق الجنسى بالأشياء التى يستخدمها الجنس الآخر متمثلا فى أى « أثر » له .

ب – المازوخية

وتكون المتعة هنا أن يعذبها الشخص (قبل الممارسة) فإذا « أنهك » جسدها ، وبدءت الدماء تفور فى أماكن مختلفة من جسدها ، وأضحت كالخرقة البالية هنا فقط تستطيع أن تندمج فى الممارسة الجنسية وتشعر باللذة .

– ومن الغريب أننا نجد العديد من الأمثال الشعبية تؤيد ذلك مثل :

* ضرب الحبيب زى أكل الزبيب .

فإن أثار الناس ضد هذه المرأة وكيف تتحمل كل هذا الأذى والهوان ترد قائلة :

* أنا زى القطة أحب خناقى .

والأمثلة كثيرة على ذلك ونجدها أكثر ذكرا فى التراث الغربى ، وأحيانا شذرات لبعض الحالات هنا فى بلادنا العربية ، لكن لا يمنع ذلك من وجود هذا الإنحراف ، خاصة مع أساليب التربية التى تحرض الرجل على الفعل والأنثى على تلقى ردود الفعل وفى صمت ، وأن المرأة « المؤدبة » هى التى تصمت وتبلع إهاناتها خاصة من زوجها ومع التكرار يصبح « الضرب والإهانة وأهدار الكرامة » سلوكا لا تشكو منه المرأة .

– زوج يشكو من أن زوجته – فى لحظات الغرام والنشوة – تطلب منه راجية

أى يقول لها كلام « قذر » قبل الممارسة فإذا تجرء وتحامل على نفسه وقال لها كلمة .. تقول فى نشوه : الله .. وتطالبه بالمزيد .

– زوجة طلقها زوجها لأنها كانت تريد منه قبل الممارسة أن ينهال عليها ضرباً وتكون قد أعدت له خيزرانة لها شروط معينة ، فعل ذلك عدة مرات من باب المجاملة – كما قال – لكنه بعد ذلك وجد أن الموضوع لا تلوح له نهاية فى الأفق ، خاصة وأنه يعيش فى منطقة شعبية ، وأن الضرب وتأوهات الزوجة يثير إستطلاع الجيران ، حاول أن يكف عن ذلك ، وحين كانت الزوجة « تصر » على ذلك ، أكتشف عن ثقة أن الأمر لابد أن يكون به شـــذوذا ، وأنه لو تمادى فى ذلك فسوف يكون « منحرفا » معها وفى نفس الخندق . والمشكلة ماذا يفعل ولديهما طفل ؟

جـ – السادية

على العكس هنا فالرجل لا يشعر بالمتعة – وربما السيدة – إلا إذا أوقع العذاب بالطرف الآخر ، فإذا تفجرت الدماء ، وبدء كخرقة بالية هنا يترك آلة التعذيب وينخرط فى متعة الممارسة .

وهذا الإنحراف – تاريخيا – يعود إلى الكونت دى ساد ، ذلك الرجل الفرنسى والذى كان يلذ له أن يرى الدماء تسيل من ضحاياه ، وعلى مشهد الدماء وإيقاعها تكون الممارسة والإشباع الجنسى .

– وإذا كان هذا الإنحراف ينسب إلى المركيز دى ساد إلا أن جذورة فى النفس الإنسانية أكثر عمقاً من ذلك .

– وليس فقط التعذيب بل أحيانا يكون قتل المحبوب سبباً فى التخلص منه .

وإليكم بعض الحالات التى سجلها التاريخ :

– حدث للكونت دى فرانس خلال حكم نابليون الثالث ، وكان رجل متزوجا من ماركيزة صاحبة جمال وثروة ، أن تعرف على فتاة متعلمة ، فجعلها سكرتيرة له ، ثم ذهب معها شوطا فى طريق الغرام ، ولما أكتشفت الزوجة هذه العلاقة قطعت الصلة بينهما ، فاغتاظت الخليلة ، وأحضرت مسدسا وانتظرت فى أحد الأمسيات وكان الرجل عائداً مع زوجته إلى داره ، وكانت الفتاة تختفى بين أشجار الحديقة ، فلما ظهر شبحه برزت له وكانت تقف من خلفه ونادته باسمه فالتفت لها فصوبت إلى قلبه مسدسها ، وأطلقت عليه ست رصاصات ولما حاولت زوجته أن تلقى بنفسها أمامه لتحول بينه وبين القتل قائلة لها : أقتلينى أنا وأتركيه حتى أوقفت إطلاق النار خشية

أن تصاب زوجته وأزاحتها من على زوجها ، واستمرت فى إطلاق النار حتى أجهزت عليه والغريب أن الأطباء قد وجدوا أن الست طلقات قد أصابت القلب فى مقتل ، وحين سألها القضاة عن ذلك قالت : لأننى أحبه ، وحبه قد تمكن من قلبى ، وحين سار وراء زوجته مقررا إنهاء العلاقة التى كانت بيننا أردت أن أحرق قلبه مثلما حرق قلبى . وقد كان ، وحين سألوها عن السر فى عدم قتل زوجته قالت : ليس لها من ذنب أنها حذرته لكنه كان باستطاعته أن يستمر معى ، لكنه جبان وأطاع زوجته ، وابتعد عنى تاركا كل نار العالم تنهشنى فأردت أن أقتله حتى أنفك من أسر هذا العذاب الرابض بداخلى .

– قصة أخرى – من الواقع الفرنسى وتراثه – عن امرأة كانت تحب أحد النبلاء ، وعشقته إلى درجة لا يمكن وصفها ، وكانت مستسلمة له ولكافة نزواته ، وتعلقت به أكثر لأنه كان يحب العنف قبل الممارسة ، وكانت هى من النوع الذى يحب تلقى الإساءة والإيذاء والعنف ، فلما علمت أنه يخونها مع فتاة أخرى لم تتحمل ذلك ، وإنتظرت إلى أن نام ثم استلت (شفرة حلاقة) أو موس وقطعت جزءا معينا من جسده وأخذته وفرت هاربة ، ولما سيقت إلى المحاكمة وقفت فى قفص الإتهام تبرر تصرفاتها بأن الرجل قد غدر بها ، لعب على عواطفها وعقلها فإرادت أن يكون لها بمفردها ، وأن تنقذ بنات جنسها من غدره ، لأنه « رائع » فى عذابه ، وهى تريد أن تحتفظ بهذه الروعة لنفسها .

– وقد تصل الإنحرافات الجنسية إلى إتفاق الرجل وزوجته فى الميول السادية ومن هذه القصص قصة امرأة متزوجه عاشت مع زوجها ، وكانت فائقة الجمال ، فاتفقت مع زوجها أن تستدرج الرجال من أصحاب المتعة الرخيصة إلى شقتها وأن تهئ الجو ، وحين يكون الرجل الآخر فى وضع جنسى ، يفاجئها الزوج وهى مع «الغريب » فى وضع جنسى شاذ ، ثم تكون المتعة لكلا الطرفين هو مشاهدة اعراض الخوف والفزع والاستلذاذ بذلك ، وبعد أن «يجمد » دم «الغريب» تصل متعتها إلى طرده إلى الشارع وهو عارياً تماماً وحين قبض البوليس على أحد الشباب العارى وتم إستجوابه ، أتضحت حقيقة القصة ، وأنه ليس الرجل الوحيد الذى يخرج عاريا هكذا بل سبقه عشرات من الرجال .

د – تحول الزى

وهو إنحراف جنسى لا تتحقق الإثارة فيه ، ولا تتحقق النشوة إلا بارتداء ملابس الجنس الآخر ، وهكذا قد يفعل بعض الرجال ذلك ، وقد تفعل السيدات ذلك .

واليكم بعض الحالات كما صرح بها أصحابها وبلسانهم :

– أبلغ من العمر ٢٣ عاماً متزوج ولدى بنت وولد .. زوجتى سيدة محترمة تخشى الله فى كل تصرفاتها ، تزوجنا عن حب شديد ، قصة كفاح طويلة من أجل بناء عشنا الصغير ، مشكلتى هى أننى أصبحت مدمنا لإرتداء قمصان نوم زوجتى وكل ملابسها الداخلية قطعة قطعة ، بل كثيرا ما أستمتع بأن أضع المكياج كامل أيضا بل وصل الأمر إلا أن عرفت زوجتى ذلك ، وأصبحت متعتى إلا أمارس الجنس مع زوجتى إلا إذا كنت مرتديا لقميص نوم زوجتى مما أدى بزوجتى إلى أن تقول لى : أنها لا تحترمنى .

– حالة أخرى لشاب صعيدى ذهب بنفسه إلى قسم الأمراض النفسية بالقصر العينى شاكياً من أنه يرتدى ملابس زوجته ليلا ، لدرجة أنه يشعر بطغيان أنوثته على رجولته ، ويقف أما المرآة بالساعات – أكثر من زوجته – واضعا الإكسسوارات والمكياج ويتجول فى شقته ليلا وهو هكذا . وزوجته هى الأخرى يذكر أنها لا تحترمه وماذا يفعل إذا كان يشعر أنه فى أعماقه أنثى ، وأن لذته الجنسية والشخصية يجدها من خلال ارتداءه الملابس الزوجة / الأنثى ، بل تصل لذته إلى القمة وهو مستغرق فى ممارسة العادة السرية وهو مازال مرتديا للملابس الأنثوية .

– شاب كان يميل إلى إرتداء الملابس الحريرية النسائية ، ويصفف شعره فى أناقة ودقة ، وكان دائما ما يتخيل امرأة بمواصفات معينة وقريبة من الرجولة ، كان يميل للسيدة التى فى أرجلها شعيرات نامية أو لها شارب صغير ، وبالطبع فإن هؤلاء النسوة أما مطلقات ، أو أرامل أو كبار السن .

– على العكس امرأة كانت تشعر باللذة وهى ترتدى صديرى زوجها – الفلاح – وسرواله . وحين كان يتعجب زوجها منها تقول له مبررة هذا الموقف : إنها تشعر فى أعماقها إنها رجل ومن ظهر رجل ، وكانت تأخذ دائما المبادرات الأولى فى الممارسة الجنسية .

هـ – التعـرى

وهو إنحراف جنسى ، يهدف من خلاله الشخص إلى الكشف عن أعضاءه الجنسية أمام المرأة وحين تفزع يشعر باللذة والنشوة ويكفيه ذلك . وقد يحدث العكس .

– ولذا فأن التعرى قد يكون إرتداداً لمرحلة الطفولة ، تلك المرحلة التى يحب من خلالها الصغار التعرى أو الوقوف عرايا ، والرقص عرايا قبل الذهاب إلى الفراش ، كما أنه عودة إلى البدائية الأولى عندما ولد الإنسان دون ملابس وصور التعرى تكون

واضحة على « البلاجات » كما أن هناك العديد من الأشخاص الذين يحبون التعرى ويحبون أن يعيشوا هكذا كما ولدتهم أمهاتهم .

– والتعرى نوع من السادزم أو القسوة الجنسية حيث يتلذذ المريض فى تعذيب المرأة وترويعها من خلال الظهور المفاجئ أمامها – هكذا – عاريا ‹

– ومـثل هذا النوع من الإنحـراف قـد يدخل صـاحـبـه فى العـديد من الاستشكالات، حيث يمكن للسيدة أن تسبب فضيحة ، ويمكن أن تستدعى له البوليس ، ويمكن أن يتدخل أنصار الكرامة والخير فى تلقين هذا الشخص درسا لن ينساه ويمكن أيضا لسيدة أخرى أن تضحك وتواصل السير .

وإليكم بعض الحالات الواقعية :

– شاب فى التاسعة عشرة من عمره ، يعمل خادماً بأحد البيوت ومصاب بمرض التعرى إذ كان ينتهز فرصة وجود سيده مواجهة له فيتعرى أمامها مدعيا أن العرى محض صدفة ، فكانت تتركه وتذهب إلى مكان آخر ، حتى تأكدت أن عريه مقصوداً وهنا كان قرارها الطرد له . وقد تكرر ذلك فى أكثر من منزل حتى شاهده صاحب أحد البيوت التى كان يعمل فيها فأنهال عليه ضرباً واستدعى له البوليس .

– طالب جامعى قد تم فصله لأنه كان ينتهز فرصة إنفراد بعض الطالبات وحدهن ويتعرى أمامهن . وقد حدث أن شاهده مصادفة أحد الأساتذة فرفع أمره إلى إدارة الجامعة وفصل ، وكان يسير مرة فى الطريق العام فواجهته فتاة فى ريعان الشباب وكان الشارع مزدحما ، إلا أن ذلك لم يمنعه من أن يعرى نفسه ورغم ذلك وقف فى الشارع يمارس العادة السرية ناهيك عن الركل والصفع الذى ناله من الآخرين و « الجر » إلى قسم الشرطة وقد ذكر أنه كان يشعر باللذة القصوى حين كان «يختبئ » ليلا بين الأشجار ثم يظهر فجأة لسيدة أو فتاة وهو عاريا للجزء التناسلى وأن اللذة كل اللذة حين تأخذ السيدة فى الصباح ويرى علامات الرعب مجسدة فى وجهها، أما إذا نظرت إلى « الأمر » بلا مبالاة فأن ذلك كان يؤد شهوته .

و – تحول الجنس

وفى هذه الحالات ينتمى الشخص إلى جنس إلا أنه « يحن وينتمى » للجنس الآخر ولذا يصبح جسده غريبا عنه ، وتصبح نفسه غريبة عن جسدها ، لديه جسد رجل إلا أنه يشعر فى داخله أنه إمرأة . أو العكس ، وطبعاً ممكن أن نجد ذلك عند النساء امرأة جسدها جسد امرأة لكنها فى داخلها تشعر أنها رجل ، لذا لا يثيرها جنسيا

رجل ، لأنها فى داخلها تشعر أنهار رجل .

– ولعل أشهر حالات التحول الجنسى حالة سالى التى كانت سيد حيث بلغ الثلاث والعشرون عاما وكان منتظما فى طب بنين الأزهر وتم فصله عام ١٩٨٨ ، حيث كان يذهب إلى الكلية مرتديا ملابس النساء ومتحليا بالعديد من الإكسسوارات ، وواضعا الروج والمكياج ، وقد فجرت هذه القضية وأثارة الرأى العام ولعدة سنوات ، حيث أجرى عملية جراحية وتحول من « سيد » إلى « سالى » وهنا رفضته الكلية لأن الأزهر – كما هو معروف – به كليتين أحدهما للذكور والأخرى للإناث ، وقد قررت نقابة الأطباء فى شتاء ١٩٨٩ بتحريم مثل هذه العمليات إلا أنها عدلت عن قرارها – بعد ذلك – ووافقت على إجراء مثل هذه العمليات (تحويل الجنس) بشرط أن يتقدم طبيب نفسى وجراح تجميل إلى لجنة نقابة خاصة مكونة من عديد من مختلف التخصصات للموافقة على إجراء العملية الجراحية .

– ومن ساعتها وقد هدأت الأمور ، إلا أننا لا ننكر أن حالة سالى (سيد سابقا) قد فجرت وأظهرت إلى سطح الرأى العام العديد من المشاكل التى ما كانت لتظهر لولا أن ظهرت هذه الحالة وأثارة ما أثارت من قضايا وإستشكالات .

– وهذه حالة ثانية نعرض لها للتحول الجنسى ذكر من مواليد ١٩٧٣ ، أكدت والدته أن أعضاء الذكورة لدى إبنها ضامرة وأعضاء الأنوثة واضحة ، وأن جسده أقرب للأنثى ، وأن الأشعة فوق الصوتية ، أكدت وجود رحم ومبيض أسفل البطن ، وقد قام ثلاثة من الأساتذة الطب النفسى ، الغدد ، جراحة التجميل بتحويل أوراق هذا الشاب إلى مصلحة الطب الشرعى ، وقد ذهب بالفعل – هذا الفتى سابقا – وهو يرتدى فستان قصير ، وشعره طويل ومكياج أنثوى كامل ، وجاء تقرير الطب الشرعى ليؤكد الحقائق السابقة إضافة إلى أن جسده خالى من الشعر ، وأن صوته (يتمايع) بين الذكر والأنثى ، وأحباله الصوتية تبدو أطول نسبيا من الأحبال الصوتية للأنثى ، وأن عملية إجراء التحول إلى أنثى يجب أن تتم بعد فشل كافة الوسائل العلاجية والطبية والنفسية فى إبقاءه كذكر ، كما كان يرتدى ملابس نسائية / داخلية (خارجية) وكان على درجة عالية من الجمال والجاذبية ، وتم بالفعل تحويله إلى أنثى تحب أن يناديها الجمع باسم «سارة» أو « سوسو » .

ط – البغى والمومس

ويعرف البغاء Prositution بأنه ذلك الفعل الذى تقدم فيه الأنثى نفسها للإتصال الجنسى مع الذكور بدون تمييز ، وبقصد الحصول على المال .

وإن البغاء لكى يتم لابد من توافر (٣) شروط هى :

١ - عدم التمييز فى علاقة البغى بالذكور .

٢ - تكون الممارسة بقصد الحصول على فائدة مالية .

٣ - الإعتياد على فعل الفاحشة .

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٥)

البغى : هى امرأة تقيم علاقة جنسية مع أى رجل لا ترتبط به عاطفيا نظير «وقت وأجر» معلومين

وبهذا التعريف نستطيع أن نفرق بين البغى وأى إنحراف أخر ، فالبغى تتاجر فى جسدها أو جزء منه ، وهذه السلعة متاحة للجميع طالما أن الجميع يدفع ، وبالتالى فالكل سواء وهو حق للجميع .

إليكم بعض القصص الواقعية :

- عمرى ٣٠ عاماً ، تعرفت على العديد من الرجال تقريبا بعدد شعر رأسى . فى أخر النهار - فى أمسيات الصيف - أقف تلتقطنى السيارات ، أحب جلسات «الفرفشة والأنس » أحيانا يكون الشاب بمفرده وأحيانا يقام على حفلات من شلة أصدقاءه ، ولكن بمجرد أن ينتهى كل منهم من شهوته تنقطع علاقتى بهم ، لا أحب العلاقات الجنسية الثابتة ، بالرغم من طلب الكثيرين ممن أعرفهم منى ذلك ، أحب التغيير ، التجديد ، كل يوم المرور بتجربة جديدة ، يتقدم بى العمر تداعبنى أحيانا فكرة الزواج والإستقرار مع رجل وفى علاقة مغلقة وأنشغل بهذه الفكرة عدت أيام ثم أجد نفسى أخرج إلى الشارع تلتقطنى السيارات ... وهكذا .

- الحالة الثانية : فرحت جدا وأنا اغادر القرية لكى أسكن فى المدينة الجامعية التى تقع فى «مصر» أم الدنيا وحين فرحت بحريتى بعيدا عن بخل ورقابة الأب وكانت أول صدمة لى : موت الأم ، ثم اكتشفت أن القاهرة أو الجامعة تحديدا ما هى إلا كرنفال كبير فكنت استعير من بعض زميلاتى ملابسهم حتى لا أظهر فى الكلية كل يوم بنفس « الفستان » أو « التيير » الذى لا أملك سواهما حتى عرضت على زميلتى أن نعمل بجوار الدراسة حتى نتمكن من أن نشترى أنفسنا ورغم أننى كنت أعلم جيدا مغزى هذا الأمر إلا أننى سرت فى الطريق حتى نهايته ، وأستطيع أقول أننى فى فترة وجيزة قد أصبحت داعرة محترفة تملك المال والأزياء المتنوعة ، بل ولى سجائرى المفضلة وأدخر «قرشين » فى البنك تحسبا لإجراء عملية « الترقيع » إذا تقدم لى إبن

الجلال ولم يكشف « مصيبتى » وهكذا تمضى بى الحياة وأشعر بالقلق إذا أنتهت سنوات دراستى الجامعية وأعود مرة أخرى إلى حظيرة « الأوامر » فياليت سنوات التعليم الجامعى تمتد .

الحالة الثالثة : زوج أختى ظل يطاردنى ويتغزل فى جمالى ، من وراء ظهر زوجته (أختى فى نفس الوقت) لكن هذه الكلمات المعسولة بدأت تؤثر فى ، وفى يوم اتصلت بى أختى تريدنى . كان زوجها مريضا وهى تريدنى أن أظل بجواره ومع الأولاد حتى تذهب إلى عملها . استسلمت له ، وتم كل شئ ، وحين حدث ما حدث سرت بنفس القوة والإندفاع ، وأصبحت اسلم نفسى لأول رجل أو شاب يتغزل فى جمالى أو حتى يسرح فى بنظراته ، لا أهتم بالنقود ولكن بى رغبة لا تقاوم لأن أرتمى فى أحضان أى رجل بالرغم من أننى فى داخلى أكره كل الرجال وأعرف أن كل كلماتهم نفاق ورياء وأنهم مثل الكلاب يقبلون يدك إذا كانت لهم عندك مصلحة فإذا قضوها كأن شيئا لم يكن .

ظ – القواد والقوادة

القوادة أصلها بغى فلما تقدم بها السن احترفت مهنة القوادة حتى تكون قريبة – النفس والعقل والقلب والإحساس – من العمل الذى تجيد وتحب احترافه ولذا يقول المثل الشعبى : أن المومس « إن تابت قودت وإن عميت تبحث عن مكان ممارسة الجنس » .

القواد : هو وسيط بين مومس وعميل (أو زبون) ولذا فإن دوره هام جدا فى هذا « الفعل » وحتى البغى يمكن أن تقوم بالدورين معا وستجد فارقا بين « لهجتها وإيماءتها » وهى تتفق مختلفة تماما عن لهجتها وإيماءتها وهى تقوم بالدور الثانى .

– وطالما أن القواد يقوم بالدورين فهو مزيج من شخصيتين ، أنوثة لم تكتمل ورجولة أيضا لم تكتمل .

– كما يمكن أن نجد بعض الحالات – وهى موجودة بالفعل – يمكن أن نجد الزوج يقدم زوجته لزملاءه أو لغيرهم من الرجال الذين يكون على علاقة معهم ، أو حتى بدون هذه العلاقة .

– وقد يقترن رجل لديه هذه الميول القوادية ، وتكون فرصة لكى يملك امرأة بهذه المواصفات ويكونوا « شركة مساهمة » يمكن أن تجذب العديد من العميلات والعملاء لممارسة هذا النشاط .

هناك العديد من الحالات الواقعية والتى نترك إبطالها لكى يروها بأنفسهم :

– زوجنى أبى رجل طاعن فى السن ، هذا الرجل خليجى وقد أغرق والدى –

الفقير – فى الهدايا والأموال ، وحين جد الجد وتركت الأهل وأصبحت هكذا مع قدرى وجها لوجه فشل تماما وكان يكتفى بأن «المسن» أو «أدلك» له بعض أجزاء جسده ثم بعد ذلك أرغمنى على تقديمى لزملاءه نتيجة صفقات تجارية مازال زوجى يعقدها رغم تقدمه فى السن ، فى البداية رفضت ومع تذكرى لأحوالنا وافقت . ومازلت سائرة فى الطريق .

– الحالة الثانية : وقد فجرتها الصحافة والمجلات (روز اليوسف بتاريخ ١٩٩٥/١٢/٢٥ – العدد ٣٥٢٤ من ص ٦٩ : ٧٣) عن زوج أرغم زوجته على أن تمارس الجنس مع أصدقاءه ثم أى رجل فى الشارع ولنسمع من الزوجة القصة :

منذ ٢٢ عاما تزوجت بطريقة رومانسية جدا . أحبت جارها وتبادلا النظرات والإبتسامات واللقاءات ثم فوجئت به يتقدم لخطبتها ، كانت أيامها فى دبلوم التجارة وعمرها ٢٠ عاما وفى السنوات العشر الأول من الزواج كانت الأمور طبيعية تماماً ، بل يغار على جدا ويمكن أن يتشاجر مع أى شخص يبدى إهتماما بى فجأة ودون سابق إنذار أدمن زوجى مشاهدة أفلام الفيديو الجنسية وبالذات الأفلام التى تصور أوضاعا شاذة وعمليات جنس جماعى وأجبرنى على مشاهدة الأفلام ، وبدأ يشترى الكتب والمجلات الجنسية وملء بها البيت وفجأة وأثناء مشاهدة أحد الأفلام توقف عند مشهد جنسى جماعى وسألنى : أيه رأيك نعمل زى الفيلم ؟ فذهلت وصعقت ، وظل يلح ، ثم بدأ يتجه إلى العنف والضرب والشتائم وأحال البيت إلى جحيم وكان يغلق على الباب طوال اليوم لمجرد تعذيبى وإذلالى ويعامل أبنائنا بقسوة ، قاومت لمدة عامين ووجدت أن بيتى سيخرب فوافقت وأقسم أنه سيفعلها مرة واحدة وفى الظلام ولن يكررها مرة ثانية وأحضر بالفعل زملاء له . لكن المرة أصبحت مرات وحين أنكشف المستور قدمت الزوجة للنيابة مستنداً غريبا عبارة عن إقرار كتابى موقع من الزوج بأن ذلك الجنس يتم بموافقة الزوج وأنه يجد لذة شخصية فى ذلك وأنه هو الذى يستدعى أو يحضر لها « الزبائن » .

ولعل هذه الحالات الواقعية جزء من واقع نفسى لا يجب تجاهله بل التمعن فيه وفض مجهلته .

ع – الجنسية المثلية

وهو إنحراف جنسى يتمثل فى الشعور باللذة والشبق من خلال ممارسة الجنس مع نفس نوعه .

وينقسم فى الغالب إلى :

١ - **اللواط :** ويعنى ممارسة الجنس بين ذكر مع ذكر ، والشخص هنا يشعر بمجرد «القرف» من أنه سيمارس الجنس مع امرأة . لكن الرجل هو الذى يثيره ، يوقظ أحاسيسه ، يحرك عواطفه ، يجعل الدماء تجرى حارة فى أعضاءه ، يحبه إلى درجة الوله . ينشغل به ، يلبى كل مطالبه ، يصبح خادمه المطيع الأمين ، فقط يأمره وسوف يلبى كل مطالبه .

– وقد يمارس الذكران الجنس مع بعضهما البعض بالتبادل ، وقد يأخذ ذكر وعلى طول الخط منحى إيجابى وآخر سلبى . وقد تكون الممارسة سطحية أى مجرد التقبيل واللمس وقد تكون علاقة جنسية كاملة .

– والأمثلة كثيرة ، وتبدأ عادة بأن يتعرض الطفل لحادث إغتصاب ويظن أن الأمر قد عبر بسلام – وقد يكون كذلك ، وما أن يصل إلى مرحلة المراهقة وتتجدد الذكريات حتى يدخل فى الممارسة مع نفس نوعه وكذا قد تتكرر الأمور ، ويمكن أن يتزوج أو يفشل فى الزواج ، ويمكن أن يكون حذرا ويمكن أن يهتك ستره ويفضح ويمكن أن يلجأ لذلك وقت الأزمات ، ويمكن أن يكون ذلك عادة وسلوى لا يستطيع نسيانه .

* ولذا فقد لا ينفصلان الطرفان وينشأ بينهما علاقة عاطفية غاية فى القوة ، بل يمكن لكل طرف أن يشعر بمشاعر الغيره على الطرف الآخر لدرجة أنه لو أجبر على الإنفصال عنه فسوف يصرخ ويبكى صراخ المكلوم الذى خسر كل شئ .

* من ذلك مثلا سيدة تشكو من أنها متزوجة وتعيش فى إشباع تام مع زوجها أنجبت منه بنتا جميلة . لكنها اكتشف مصادفة أن هناك من يمارس الجنس مع زوجها، وكانت صدمة لها قررت على أثر هذه المشاهدة أن «تصر» على الطلاق لأنها لا تتصور نفسها أن تهبه نفسها وهوه فى نهاية الأمر هكذا .

* وقد يحدث العكس . حين اكتشفت سيدة أن زوجها يمارس الجنس مع رجال آخرين ناجح معها ، وتلبى كل مطالبة ورغم ذلك يفعل هذا الأمر ولا تعرف ماذا ستفعل باختصار أن اللواط يتعدد ويتنوع صوره وأشكاله كما يختلف ذلك الأمر من شخص إلى آخر .

السحاق : حيث يكون الجنس هو الأكثر شيوعا وتعيش امرأتان قصةحب ملتهبة ومتصلة والخيانة تكون قاتلة وجارحة لكلا الطرفين . لقد تعاهدا على الإخلاص ، ولذا

يا ويل من تفكر فى الخيانة ولذا قد نجد فتاتين لافترقان ، أو امرأة متزوجة تحب امرأة أخرى ، وقد يصل بينهما الحب إلى درجة الممارسة الكاملة للجنس ، بحيث لا تشعر إلا باللذة مع زميلتها .

– نقرأ معا هذه الحكاية لإحدى الحالات :

حالة أولى : أبلغ من العمر ٢٥ عاما من أسرة متوسطة وأعيش عيشة لابأس بها، كان لى شقيق مات فى حادث . حزن الجميع لرحيلة المفاجأ ولم يبقى للوالدين المكلومين سوى أنا بنتهم الوحيدة كل طلباتى مجابة . فى الكلية قابلت فتاة للوهلة الأولى أحببتها . وطلبت منها أن تترك غرفتها أو لأكون أكثر دقة سريرها فى غرفة المدينة الجامعية وتأتى لتقيم معى ، علمتنى هذه الصديقة أشياء كثيرة ، كنا نغلق على أنفسنا باب الحجرة ، ننض ملابسنا كاملة ، تعطينى المتعة واللذة ولا تجعلنى أقبل أو أشتهى أو حتى أفكر فى رجل ، أصبحنا مثل العاشقين ، نكره الإنفصال ، ونفكر فى بعضنا البعض حتى ونحن معا ، لا يمر يوم إلا ونحن معا ونمارس الجنس معا ولعدة مرات ، حين نتقابل كان بحرا من العواطف الجياشة يجتاحنى فلا نملك إلا الاستسلام، نريد الأم أن تفرح بى ، تقدم لى الكثيرون لكننى أرفض « وأطلع القطط الفاطسه فى أى شاب يتقدم لى » متى ستستمر هذه اللعبة . لقد تعاهدنا على الوفاء والإخلاص لبعضنا البعض وأن لا يدخل أى رجل فى حياتنا فهل يعرف الأهل مأساتنا وهل يتركونا نعيش أجمل سن حياتنا أم سينقضون علينا مثل الموت ويفرقوننا بالزواج .

حالة ثانية : تبلغ من العمر (٣٨) عاما تعمل موظفة حكومية مات والديها ولم يسأل عنها حتى الأقارب ولو بالتليفون تقدم لها رجل طاعن فى السن وحين علمت أنه طامع فى الشقة رفضت اكتفت بأن تشبع ذاتها بذاتها رافضة الدخول فى زى تجارب جنسية تقربت إليها زميلة تعمل معها فى نفس المكتب وهى متزوجة وزوجها بالخارج ولا يأتى كل عام إلا مدة شهر يكون مشغولا بتجديد أوراقه وإستخراج تصاريح أخرى جديدة أصبحت الصديقة الجديدة تكثر من زيارتها ، وتحكى لها عن وحدتها وعن رغباتها الجنسية المكبوته . حضرت فى أحد الأيام أدارت شريط فيديو جنسى لنساء يمارسون الجنس معا ، من خلال التقارب والهمسات استجبت لها . أصبحنا لا نفترق ، حتى فى المكتب لا تكف عن النظر إلى بعضنا البعض وكأننا عاشقان يرفضان الإنفصال . لدرجة أنها عرضت على أن تتطلب من زوجها الطلاق وتترك منزلها وأولادها ونعيش معاً إلا أننى رفضت قائلة لها : لتبق كل الأمور كما كانت .

غ – العادة السرية

– العادة السرية تعني لجوء الشخص إلى إشباع رغبته الجنسية بنفسه دون اللجوء إلى شخص آخر .

– وهذه العادة تكون منتشرة بين المراهقين سواء الذكور أو الإناث .

خاصة فى بدايات المراهقة وشعور الشخص بعنفوان الرغبة الجنسية .

– ويلعب الخيال دورا لا ينكر فى ذلك فالفتى يمكن أن يستدعى صورة أو جسم أى امرأة أو فتاة يريدها على المستوى الخيالى متخيلا أنه يمارس فعلا أو قد تفعل البنت ذلك .

– وقد يلجأ المراهق والمراهقة إلى الإستعانة بأدوات معينة تكون عاملا مساعدا فى الوصول إلى ذروة الإشباع الجنسى الذاتى .

– والعادة السرية مرحلة طبيعية طالما هى فى بداية المراهقة بيد أن الاستمرار فيها يقود الشخص إلى العديد من ضروب الألم العضوى والنفسى ناهيك عن العديد من الأفكار التى تنتشر عن الإفراط فى ممارسة العادة السرية مثل الدخول فى الجنون. إضافة إلى الآلام العضوية مثل الإحساس بالصداع والبلادة والتهاب الأعصاب وزغللة العيون والعقم والموت المبكر والجنون وحب الشباب وضعف التركيز .

– قد تكون العادة السرية مرحلة مؤقتة وقد تلازم الشخص عبر مراحل حياته وقد تجعله يستغنى عن الإرتباط بأ عضو من الجنس الآخر له وقد يتزوج ورغم ذلك يجد الرجل لذته فى أن يمارس العادة بعد ممارسته مع زوجته . أو العكس فى حالة الإناث .

– وتذكر المراجع الطبية حكاية عن رجل كان يتولى منصباً هاما فى بريطانيا ودخل إلى الحمام العام ، وجاء رجل ووقف بجانبه ونظر كل منهما إلى الآخر وإنخرط كل منهما فى « تدليك » العضو الذكرى للآخر ، وحين تم القبض عليهما ذكر كل منهما أن هوايته الوحيدة هى العادة السرية ولكن الجديد الذى تم هو تبادل العادة السرية مع الطرف الآخر .

– ويمكن أن تتم عملية العادة السرية لدى الإناث ، وقد تتم بصورة ذاتية وقد تتبادل فتاتين ذلك .

– وعموما هناك مخاطر من جراء الإنغماس فى ممارستها نجملها عند الفتاة فى :

أ – لا يتم إشباع الرغبة الجنسية كاملا مما يتسبب فى حدوث إحتقان مزمن

بالحوض قد يقود بدوره إلى العديد من الإضطرابات الأخرى .

ب - أثناء ممارسة العادة السرية تكون كل الحواس مجندة للشعور باللذة الجنسية دون غيرها وقد يتمزق غشاء البكارة دون وعى خاصة إذا تم استخدام جسم صلب .

ف - الإغتصاب

إبان عام ٢٠٠٠ آثار الكاتب الصحفى عزت السعدنى عبر تحقيق السبت العديد من حوادث الإغتصاب ، حيث قابله واتصل به العديد من الحالات التى تعرضت

للإغتصاب وبطرق وظروف مغتصبة ، والإغتصاب كفعل هو ممارسة الجنس بالقوة مع طرف آخر دون موافقته ، إلا أن العديد من الدراسات أثبتت أن شخصية المجنى عليها تثير الجانى وأن بها قدر من المازجية التى تجبرها على الإستسلام لأن ما بعد حادث الإغتصاب هو الفعل المؤثر فقد يترك صدمة ، وقد تظن أنه حدث عادى لا داعى للتفكير فيه .

كما أن العديد من ضحايا الإغتصاب يحجمن عن الإبلاغ لوقوعهن ضحايا هذه الجريمة للأسباب الآتية :

أ - أسباب شخصية وإجتماعية وتتلخص فى :

١ - الخوف من وصمة العار .

٢ - الخوف من إفتضاح الأمر .

٣ - الخوف من إتهامها بما ليس فيها .

٤ - الخوف من إبتعاد الناى عنها والنظر إليها نظرة متدنية .

ب - وجود العديد من التفسيرات المجتمعية الخاطئة حول الأنثى الضحية .. ومنها :

١ - لم يحدث فى الحقيقة ، أنها تحاول أن توقع الفتى فى المتاعب .

٢ - لقد حرصت الفتاة على حدوث هذا الفعل وشجعت عليه بمظهرها الجسمى وملابسها .

٣ - إذا كانت تحافظ على أخلاقها فإن ذلك لن يحدث لها .

٤ - لقد أحب أن يحدث لها ذلك وسمحت لنفسها أن تصبح ضحية وتغتصب.

٥ - أنها فتاة أو امرأة سيئة تستحق ذلك .

٦ - إنها تريد من الرجل أن يغتصبها لأنها تفتقر إلى الحب .

٧ - تستمتع المرأة بأنها أغتصبت .

جـ - وجود العديد من التفسيرات المجتمعية حول المغتصب مثل :

١ - لقد تغلبت عليه مشاعره الجنسية والعدوانية وفقد السيطرة على نفسه .

٢ - اتى من بيئة فقيرة . ويجب أن تتعاطف معه وتشفق عليه .

٣ - قد يكون مخمورا ، ومحروما من العاطفة وإرتكب هذا الفعل دون أن يدرى .

(محمد نجيب الصبوة ، ٢٠٠١ ، ٩٨ - ١٠١) .

معدلات إنتشار الإغتصاب :

- إن جريمة الإغتصاب من الجرائم التى لا نستطيع أن تقدم لها إحصاءات دقيقة نظرا للعديد من الأسباب .

وإذا كانت العديد من الدراسات الأجنبية قد توصلت إلى أن التقديرات المنشورة عن جرائم الإغتصاب فى الولايات المتحدة - على سبيل المثال - غير دقيقة نظرا للعديد من الأسباب أهمها التحرج من الذهاب إلى أقسام الشرطة ، وكذا عدم تلقى العلاج الطبى والنفسى الذى يؤهله - من تعرض له - للتأهيل فإن الأمر سيكون أكثر حرجا فى عالمنا العربى .

وعلى أية حال فسوف نورد بعضا من الإحصاءات - بالطبع ذكرت فى دراسات أجنبية - عن معدلات إنتشار الإغتصاب (وهى أرقام رغم عدم مصداقيتها وموضوعيتها العلمية إلا أنها على أية حال تعكس ملامح إرتكاب هذه الجرائم فى بعض من دول العالم .

- يزداد أحتمال إغتصاب المرأة الأمريكية بمقدار ست مرات عن المرأة الأوربية (ويزداد الإحتمال بمقدار عشرين مرة من المرأة البرتغالية ، وخمس عشرة مرة عن اليابانية ، وثلاثة وعشرين مرة عن الإيطالية ، و ٤٦ مرة نت اليونانية) .

وإن حالات الإغتصاب المبلغ عنها فى الولايات المتحدة الأمريكية ٣٥ر٧ فى كل مائة ألف من النساء مقابل ٥ر٤ فى كل مائة ألف فى أوروبا .

- وتزداد حالات الإغتصاب وضحاياها أكثر بين الجنود المحاربين إذ وصل عدد ضحايا الإغتصاب فى أمريكا إلى ٣ر٧٥٠ر٠٠٠ (وفقا لإحصاء عام ١٩٨٠) على سبيل المثال .

(من خلال : أحمد محمد عبد الخالق ، ١٩٩٨ ، ص ص ٢٦٥ - ٢٦٩)

الأضرار التى يحدثها المغتصب بالضحية :

فى دراسة لكلباتريك وزملاؤها تناولت مجموعة من النساء اللائى تعرض لتجربة الإغتصاب ، فقد أقررن- أنهم أثناء تجربة الإغتصاب - قد تعرضن للعديد من الآثار والأضرار النفسية والفسيولوجية ، وإذا كانت الأضرار الفسيولوجية - رغم بشاعة ما ذكرنه من تعذيب خاصة الضرب والتعرض ففى أماكن حساسة للحرق أو الوخذ بآلة حادة ... إلخ - يمكن التئامها لكن الأضرار النفسية من الصعب علاجها لانها تظل - كمشاعر مؤلمة - تطارد الضحية ربما طول الحياة ، ولذا فأن العلاج والتأهيل النفسى لضحايا الإغتصاب واجبة حتى تستعيد (الضحية) لياقتها النفسية .
(Kilpatrick, et. al. , 1985)

دوافع الإغتصاب : دلت الدراسات أن هناك ستة دوافع أساسية تكمن خلف جريمة الإغتصاب ، وتشير هذه الدوافع - بدورها عن ستة أنماط من الرجال القائمين بفعل الإغتصاب وهم :

١ - **النمط الإنتهازى :** وهو شخص لم يخطط لجريمة ولكن وجود الفرصة سانحة فإنتهزها .

٢ - **النمط الغضوب :** وهم رجال لديهم العديد من الأفكار غير العقلانية عن المرأة ، وهذا الغضب يكون المحرك الأساسى للإقدام على هذا الفعل (الإغتصاب) .

٣ - **النمط الجنسى :** وهذا النمط من الرجال يكون مشغول دوما بالجنس ودائم الإستراق إلى جسد المرأة ، وقد يكون الدافع الجنسى لدى هؤلاء الرجال عنيفا (وغير مروض) .

٤ - **النمط السادى :** وهو نمط من الرجال يحصل على اللذة من خلال إيقاعه الأذى - إلى درجة إسالة الدماء - من جسد الضحية .

٥ - **النمط الحقود المحب للإنتقام :** وهم أنماط من الرجال لا يحصلون على اللذة إلا من خلال الحط من أمكانيات وقدرات الطرف الآخر (سادية نفسية إن جاز المصطلح) .

٦ - **النمط الذى يمثل القوة ولديه شعور بالنقص :** وهو نمط من الرجال يمثل القوة ويمارسها فى محاولة لتعويض مشاعر النقص وعدم الكفاءة التى يشعر بها ، وقد يكون النقص هنا جنسيا أو فى الشخصية .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٨ ، ٢٧٤ - ٢٧٥)

وإليكم بعض القصص التى حدثت فعلا لوقائع إغتصاب :

– فتاة اعتاد عمها الشاب الذى كان ينزل فى شقتهم فى القاهرة لقضاء بعض مصالحة وقد أنتهز فرصة خلو الشقة من أخيه وزوجته وحين دق جرس الباب وفتح لأبنت شقيقه (أى أنه عمها) حتى أغتصبها وقد تكررت اللقاءات حتى اكتشفت الأم أن أبنتها البالغة من العمر ٢٠ عاما عارية تماما وفى أحضان عمها .. وبسؤال الفتاة ذكرت أنه قد اغتصبها فى البداية وكتمت الأمر خوفا من الفضائح ، ثم بعد ذلك هى التى كانت تذهب إليه فى غرفة الصالون حتى اكتشفت الأم الحقيقة مصادفة .

– تكررت نفس القصة الثانية مع فارق أساسى هو أن خال البنت هو الذى قام بهذا الفعل ، وخوفا من أفتضاح أمره قام بقتلها بعد إغتصابها .

– ومن أشهر القصص التى حدثت فى هذا المجال وفى أوروبا ، حالة شاب فرنسى قد تلقى تعليما عاليا وفى أرقى الجامعات الأوروبية ، وكانت هوايته أن يسير ليلا فى الطريق وخاصة فى الشوارع الهادئه ذات الإضاءة الخافتة أو المظلمة فإذا قابل فتاة صغيرة أو حتى امرأة كبيرة فى السن (لا فرق لديه) سارع إلى القاء مادة مخدرة كاكلوروفورم فتقع مغمى عليها فينال منها فى الشارع أو ينتحى بها جانبا وهى تحت تأثير المخدر ثم يتركها وشأنها حتى تمكن البوليس أخيرا من القبض عليه .

– أيضا حالة فتاة كانت تنزعج بشدة أو تتنابها الكوابيس المزعجة وبدأت تعانى من تشتت الإنتباه وعدم التركيز ، إضافة إلى معاناتها من شكاوى فى علاقتها مع الآخرين وأثناء جلسات الإرشاد النفسى كشفت عن واقعة تعرضها للأغتصاب من معيد بالجامعة ذهبت إليه ليساعدها فى كتابة بحث وبالرغم من حضورها الى شقته مع بعض الأفراد والزملاء إلا أن المعيد قد تشاغل عنها حتى أنصرف الجميع فساقها إلى غرفة النوم وإغتصبها دون مقاومة منها إلا قليلا ، لدرجة أن المعالج حين أرادد الإستفسار أكثر عن هذا الحادث بدأت مندهشة قائلة له « إن ذلك الحادث لم يؤثر فى كثيرا على الإطلاق » لكن هذا الكلام كان بعيدا عن الواقع لأنه جر « المريضة » إلى العديد من ضروب التشتت والضياع النفسى وأدخلها فى العديد من المتاهات والأمراض النفسية .

وهكذا تتعدد حالات الإغتصاب . ونحن بازاء رجل لايشعر باللذة إلا من خلال قهر الطرف الآخر ، وهنا تتباين استجابات الطرف الآخر ما بين الرضرخ ، أوالإعتراض لفظيا فقط (سبنى الله يخليك ... الخ) وما بين القتال العضوى الجاد حيث تنشب أظافرها فى عنق ووجه الشخص الذى يريد الإغتصاب مقاومة تصل إلى

درجة أنها تفضل الموت عن ذلك ، وبين فتاة أو امرأة تقاوم من باب «عملنا اللى علينا والباقى على ربنا أو أمشى يا أبن أدم وأجرى جرى الوحوش غير رزقك لن تحوش أو قدر ومكتوب وهنهرب من المكتوب فين وإزاى » ولذا فأن ردود الأفعال تتباين ، وقد تدخل الضحية فى العديد من المشاكل الإنفعالية مثل :

١ – محاولات لتجنب الأفكار والمشاعر أو الحديث عن الصدمة .

٢ – محاولات تجنب النشاطات والأماكن أو الناس التى تثير ذكريات الصدمة.

٣ – العجز عن تذكر مظهر مهم من مظاهر الصدمة .

٤ – تناقض الإهتمام بالمشاركة فى النشاطات الإجتماعية التى كانت تقوم بها من قبل .

٥ – الشعور بالإنفصال والإغتراب عن الآخرين وعدم الدخول فى تواصل أن حوارات أو تفاعلات إجتماعية معهم بالرغم من تواجدها معهم .

٦ – ضيق مدى الوجدان ويتمثل فى العجز عن الشعور بمشاعر الحب .

٧ – الشعور بأن المستقبل مظلم والتفكير دوما فى الإنتحار والتخلص من الحياة .

٨ – الحذر الزائد إلى درجة الشك فى كل المحيطين بها .

٩ – إستجابة انزعاج هائلة ومبالغ فيها إزاء حدث عادى .

١٠– القابلية الشديدة للإستثارة ونوبات من الغضب الزائد .

ولذا تتباين العلاجات النفسية لحالة الشخص وعمق إضطرابه ، وإذا كان الغالب فى حوادث الأغتصاب يكون الرجل هو الجانى والفتاة هى المجنى عليها . إلا أن بعض حالات الإغتصاب يكون الفاعل هو المرأة والضحية هو الرجل ، وفى الغالب فإن النسوة اللاتى يملن إلى ذلك قد يكون عصابات لذلك .

– ومن ذلك مثلا تلك الحالة التى سمعتها من رجل وكان فى إحدى الدول العربية وأثناء سيرة على إحدى الطرق السريعة ، فوجد مجموعة من الفتيات يقفن حول سيارة مرفوع « كبوتها » الأمامى وبشهامة أبناء البلد . أوقف سيارته جانبا وذهب إليهن لكى يعرض عليهن أى خدمة يستطيع القيام بها إزاء هذا الجنس الناعم الضعيف، وما أن انحنى ليكشف عن الأسلاك ويتفحص حالة الموتور والبطارية حتى

تلقى ضربة على رأسه وما يدرى بنفسه إلا فى شقة وحوله هؤلاء الفتيات طالبات منه أن « يغتصبهن » وبالإكراه وإلا قتلاه ومزقناه إربا إربا وقد ظل محجوزا فى هذا «السجن الإجبارى » لمدة أسبوعين حتى إنتهى تماما . فالقين به بجوار عربته .. ثم تتواصل رحلة صيد الرجال الآخرين .. هكذا .

ق - إغتصاب الأطفال

فئة من الأشخاص لا تستشعر باللذة إلا من خلال جماع الصغار وهو يعرف طبياً بـ Nfanto Sexuality وقد يتم ذلك بإستخدام العنف ، وقد يقتل الطفل ثم يغتصبه أو قد يحدث القتل ، أو الضرب فقط ، أو قد « يجر » الصغير - طفل أو طفلة بإغراءات معينة ، وقد يتركه عقب الممارسة أو يقتله أو يضربه ضرباً مبرحاً .

- مثلا حدث فى القاهرة أن قام مدرس كان يعطى لتلاميذه دروساً خصوصية وهم فى مرحلة الإبتدائية بالإعتداء عليهم جنسياً مهدداً إياهم بعدم كشف ذلك وإلا سيكون مصيرهم الضرب والرسوب ، وقد استمر فى نزواته تلك فترة طويلة تقدر بثلاثة أعوام حتى تم اكتشاف أمره رغم أنه متزوج ، ولديه أطفال والمحيطون به يشكرون فى أخلاقه وصفاته .

- مهندس ديكور هادئى ، رزين قرر أنه نجح فى إستدراج العديد من الأطفال وكان يقوم بقتلهم عقب اعتداءه جنسياً عليهم خوفاً من إفتضاح أمره .

- رغم أنه كبير فى السن ، ورافضاً الزواج ولعل السبب أنه قد تعرض إبان طفولته لحادث إعتداء عليه من شاب يكبره فى السن حين ضحك عليه وإغتصبه بعد أن أعطاه بعض قطع من الحلوى . ومازالت هذه الحادثة تلقى بظلالها النفسية عليه وتجعله فاقدا الإحساس برجلته ، خائفاً من مجرد الإقتراب من أى امرأة .

ك - ممارسة الجنس مع الحيوانات

حيث يجامع الفرد إحدى الحيوانات المستأنسه ، وتنتشر هذه العادة بين الفلاحين وفى القرى وتحديداً فى سن المراهقة وكذا الأشخاص المحرومين جنسيا ، وتمتد أحياناً للنساء مع بعض الحيوانات المنزلية وخاصة فى المشوهات خلقياً ومعيار ذلك هل هو فعل عارض ، أم أنه سلوك يجد من خلاله الشخص اللذة ومن خلال تكراره ؟

- شاب مراهق ذكر أنه كان يشاهد الأفلام والصور الإباحية كثيراً جداً حتى شعر بضرورة أن يمارس الجنس من أى فتاة أوامرأة . حاول كثيراً ولكن خجله قد جعله

يفشل ثم جاءت الفرصة له بأنه مارس الجنس مع « ماعز » فوق السطح ، ويذكر أنه قد شعر بلذة الجنس منذ هذا اللقاء ومازال مستمراً حتى الآن .

– امرأة وحيدة ، لأن الزوج مشغول بعمله أو فى حالة سفر مرتبط بالعمل ، كبر الأولاد وتفرقوا ، لم تجد ونيساً يشبع رغباتها – كما تقول – إلا من خلال شراء كلب ثم تدريبه على كيفية إشباعها وإرضائها جنسياً .

وليس هذا فحسب تتعدد صور وأشكال الإنحرافات منها مثلا : جماع الكبار ؛ حيث لا يجد الشاب لذة إلا من خلال جماع سيدة طاعنة فى السن أو قد يحدث العكس حين تجرى العجوز المتصابية خلف الصغار وتتدخل معهم فى علاقات جنسية وربما متعددة وليست قاصرة على مراهق واحد وقد تغرقه بالأموال فى محاولة لأن لايتركها ويستمر معها .

وهناك **جماع الأموات** : حيث نجد بعض الأشخاص لا يستشعر اللذة إلا من خلال جماعه للأموات وخاصة الذين ماتوا حديثاً ، ورغم ندرة هذا الإنحراف إلا أن الوقائع والأحداث قد سجلته كأحد إنحرافات دروب الرغبة الجنسية عن مسارها ، إضافة إلى العديد من ضروب الإنحرافات الأخرى مثل التلصص وفى . ومشاهدة الأفلام والصور الجنسية ، أو التفوه وكتابة العبارات الخادشة للحياة .

وكذا العنة أو الضعف الجنسى ، لدى السيدات ، وسرعة القذف وقد تصل الأمور إلى درجة الكراهية الشديدة للجنس وعدة فعلاً قذراً وسيصيب الفرد بالعديد من الأمراض المعنية والخطيرة والقاتلة ولذا فأن الأسلم هو عدم الإقتراب تماما من منطقة الجنس .

– وقد أشارت العديد من الدراسات والملاحظات إلى شيوع هذه الإنحرافات ، ربما أن مثل هذه الأمور تتم بصورة سرية ، فأن ذكر أى أرقام توضح حجم الإنحرافات ستكون من قبيل التخمين .

محاولة تفسيرية لأسباب الإنحرافات الجنسية

تتشابك وتتعدد العوامل التى تقود إلى الإنحراف ومن هذه الإتجاهات :

أولا : النظريات البيولوجية : وتركز هذه النظريات على الأسباب البيولوجية وإرجاع هذه الإنحرافات إلى أسباب بيولوجية مثل وجود الإضطرابات فى الغدد الصماء وكذا إضطرابات فى إفرازات الهرمونات ، أو إعطاء هرمونات غير ملائمة قبل الولادة أو لخلل فى الجينات الوراثية .

ثانيا: النظريات النفسية : ومنها :

أ – نظرية سيجموند فرويد : يرى فرويد أن الطفل بطبيعته غير متمايز جنسياً ومن ثم فهو قابل للتوجه نحو مختلف الموضوعات الجنسية السوية منها والشاذة ، ومع النمو وزيادة النضج ، والمرور ببعض الخبرات وتأثيرها فى النفس فأن ذلك وغيره من العوامل يساهم فى توجيه الفرد نحو « موضوع » جنسى ما أو سلوكاً ما مركزاً على عقدة أو ديب ، وإن الفشل فيها يقود الشخص مثلا إلى الجنسية المثلية أو الإيجابية ، وكذا عقدة الخصاء واليكترا عند البنت وما تقوده من ضروريا من الإنحراف وأن الأشخاص الذين يميلون إلى ممارسة الجنس مثلا مع الأطفال أحياناً ما يكون السبب هو التعلق الشديد بالأم بحيث لا يستطيع الإختلاف أو إحتواء أى امرأة غير الأم لأنها من المحرمات عليه جنسياً وتمثل أو تعادل أمه فى ذهنه ، وكذا الأشخاص الذين يميلون مثلا إلى جماع الشيوخ أو الكبار فى السن هنا نجد سلوكاً يمثل نوعاً من التعويض لحنان الأبوة والأمومة المفتقدة .

ب – نظرية التعلم : حيث يؤكد علماء السلوكية على التعلم والبيئة وكافة الظروف بها تساهم فى توجيه الفرد إلى الجنسية السوية أو المثلية أو أى طريق أو مسلك من ضروب الإنحرافات السابقة الإشارة إليها ، فمثلا تؤمن النظرية السلوكية بأن كل شئ متعلم من البيئة ، وأن الإنسان حين يولد لا يعرف الصواب من الخطأ وهنا يتجلى دور البيئة والمحيطين بالشخص فى إمداده ببعض المعلومات ، بل إن الشخص – مثلا – من خلال ملاحظته للنماذج فى بيئته فأنه يتأثر بهم ويقتدى بهم ، إضافة إلى الأساليب الأخرى التى تمارسها البيئة على سلوكيات معينة من قبيل المكافأة والثواب والعقاب . فمثلا العقاب الصارم على سلوكيات الجنسية الطفلية فى الصغر بسبب كراهية لها ، فإذا ما تقابلت مع خبرات لذة أو سارة لسلوكيات الجنسية المثلية فمن المحتمل جدا أن يصبح الفرد جنسياً مثلياً .

ثالثا : العوامل الإجتماعية والثقافية : حيث يؤكد علماء الإجتماع على أثر البيئة والظروف والمناخ الثقافى الذى قد يساهم فى خلق العديد من صور الإنحرافات فمثلا لنفترض أن هناك صبياً صغيراً تبدو عليه بعض مظاهر الأنوثة والنعومة هذا الصبى قد سمع أشخاصاً فى البيئة المحيطة به يصفونه بأنه أنثى أو شكل الأنثى ، فأن ذلك الكلام سوف يجعله متنبها إلى البنات ومن ثم يميل إلى تقليدهن ، وهكذا ، إضافة إلى العديد من العوامل الإجتماعية والحضارية التى تساعد على إنحرافات الجنس مثل الفوضى فى الأسرة ، عدم التفريق بين الأطفال المراهقين فى المضاجع .



- وربما قبل ذلك - فى المضاجع ، وممارسة الأباء للجنس بجوار أبنائهم ظناً منهم أن الأولاد نيام (وهناك العديد من الشكاوى التى ذكرها أصحاب إنحراف جنسى ما سواء ذكور أو بنات بأنهم قد استيقظوا ليلا على صوت تأوهات الأم وكتموا أنفسهم وواصلوا متابعة ذلك بل وإنتظاره (وكأنه فيلم مثير) ناهيك عما يصاحب ذلك من تخيلات لدى مثل هذه النوعية ذات الحظ السيئ والظروف الإجتماعية بالغة السوء) إضافة إلى إنتشار تجار الجنس (صور - أفلام - جرائد - مجلات) مما يقود إلى إثارة الغرائز وكذا طول فترت التواجد فى المدارس الداخلية أو السجون أو المعسكرات. حيث وجدت العديد من الدراسات وجود العديد من صور الإنحرافات الجنسية فى مثل هذه المجتمعات المغلقة حيث تكثر الجنسية المثلية أو العادة السرية أو الإحتكاك بالآخرين أو حتى جرائم الإغتصاب) إضافة إلى وجود العديد من حالات الإضطراب والظروف النفسية السيئة التى تعقب حالات الإنفصال والفشل فى التوافق والطلاق والترمل أو المرور بخبرات جد صارمة ، إضافة الى العديد من الإغراءات التى قد تدفع ضعاف النفوس إلى الإتجار بأجسادهن (وهنا نجد فئة محترفى الدعارة) وكذا الطامعين فى الكسب وبأقل التكاليف وأرخص الطرق (وهنا نجد العاهرات والقوادين) . وكذا الأعلام الخاطئ الذى لا يرعى القيم والتقاليد والأخلاقيات المطلوب بثها من خلال ما يعرض على المشاهدين ، إضافة إلى بث قيم إستهلاكية وجنسية مثلاً : أن الراقصات أكثر شهرة من العلماء ، كما أن الراقصات معهن نقود ونفوذ ووساطة أكبر ، وأن (ن) الراقصة الشهيرة ، قد هربت من قريتهم دون أن تكمل الإعدادية مثلا وقد اهتمت بجسدها حتى أكتشفها المخرج فلان فعرض عليها أن تعمل فى بعض الإعلانات ثم كانت القفزة العليا حين ظهرت فى مشهد سينمائى ثم توالت بعد ذلك القفزات ثم الدعاية وإعتبرها من نجوم وصفوف المجتمع الأولى ، ولا شك أن نشر مثل هذه الأفكار والنماذج فى تبوء مكانة رفيعة ، كل هذا وغيره قد يساهم فى اللجوء إلى أى صورة من صور الإنحرافات الجنسية ، والتى وجدناها متعددة ومتنوعة ومتشابكة ومعقدة ، ولله فى خلقه شئون (خاصة فى دراستنا عن القدوة لدى الشباب والمراهقين) .

علاج الإضطرابات الجنسية :

يتلخص العلاج فى النقاط الآتى :

١ - العلاج النفسى مع تفسير تعليم المريض وتوجيهه للطريقة الصحيحة .

٢ - الإيحاء بالتشجيع والعلاج النفسى التحذيرى .

٣ - العلاج بالتحليل النفسى (خاصة فى الحالات التى لديها كراهية من ممارسة الجنس لوجود العديد من الأفكار والتصورات غير المعقولة فى لاشعور الشخص) .

٤ - العلاج الشرطى السلوكى (خاصة العلاج بالتنفير لمن يفضلون ممارسة الجنس مع نفس جنسهم) .

٥ - العلاج الكيميائى بالعقاقير المضادة للقلق والخوف والإكتئاب .

٦ - طريقة ماسترزوجو شو لعلاج الإضطرابات الجنسية .

٧ - العلاج الجراحى (لبعض الحالات) .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥٤١ - ٥٤٢)

إضافة إلى العديد من العلاجات الأخرى مثل : الحبة الزرقاء الساحرة (الفياجرا) والتى تعالج مشكلة الإنتصاب لدى الرجل ، وكذا إستخدام الهرمون الذكرى (التستستيرون)(إلا أن هذه العلاجات العضوية يجب أن تتم تخت إشراف طبى دقيق) .

(Kaplan. & Sadock., 1996)

مسار ومآل الإضطرابات الجنسية :

- لا توجد بيانات دقيقة يمكن الإعتماد عليها فى هذا الصدد .
- لكن العديد من الدراسات التتبعية قد توصلت إلى الحقائق الآتية :
- ١٠٠٪ شفاء من حالات التقلص المهبلى .
- ٨٩٪ فى حالات القذف المبكر .

٨٣٪ فى حالات البرود الجنسى .

- ٨٢٪ فى حالات فشل القذف .
- ٧٢٪ فى العنة الثانوية .
- ٥٩٪ فى العنة الأولية (أى لم يحدث إنتصاب على الإطلاق) .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ص ٥٤٣)

مراجع هذا الفصل

١ - أحمد عبد الخالق (١٩٩٨) ، **الصدمة النفسية** ، الكويت ، مطبوعات جامعة الكويت.

٢ - أحمد عكاشة (١٩٩٨) ، **الطب النفسى المعاصر** ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

٣ - ب. دى.سيلفا (٢٠٠٠) ، **فحص إختلال الوظائف الجنسية** فى كتاب : مرجع فى علم النفس الاكلينيكى للراشدين ، تحرير س. ليندزاى ، ج.بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية. ص ص ٢٢٩ - ٢٤٦ .

٤ - ب. دى.سيلفا (٢٠٠٠) ، **علاج إختلال الوظائف الجنسية** فى كتاب : مجع فى علم النفس الاكلينيكى للراشدين ، تحرير س.ليندزاى ، ج.بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ١٤٧ - ٢٦٤ .

٥ - جيمس كوردوفا ، نيل جاكسون (٢٠٠٢) ، **الكدر الزواجى** ، ترجمة هدى جعفر فى كتاب : مرجع اكلينيكى فى الإضطرابات النفسية - دليل علاجى تفصيلى، تحرير : ديفيد . هـ بارلو ، إشراف على الترجمة والمراجعة : صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ١١٤٣ - ١٢٠٨ .

٦ - طه أحمد المستكاوى (٢٠٠٦) ، بعض **أشكال السلوك الجنسى لدى عينة من طلبة الجامعة (الذكور) من الريفيين والحضريين : دراسة نفسية** ، بحث قدم إلى مؤتمر العلاج النفسى .. رؤية تكاملية ، (١٢ - ١٤ فبراير) ، جامعة المنوفية ، كلية الآداب .

٧ - فرج طه وآخرون (١٩٩٣) **موسوعة علم النفس والتحليل النفسى** ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .

٨ - مصطفى زيور (١٩٧٥) ، **مصطلح الجنس** فى : معجم العلوم الإجتماعية ، إشراف وتصدير إبراهيم مدكور ، القاهرة الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ص ص ٢١٥ - ٢١٧ .

٩ - محمد حسن غانم (٢٠٠٥) ، **المسجونون والسلطة** ، دراسة نفسية مقارنة ، الأسكندرية ، المكتبة المصرى.

١٠ – محمد حسن غانم (٢٠٠٤) ، **دراسات كلينيكية لحالات عربية** ، الإسكندرية ، المكتبة المصرية .

١١ – محمد حسن غانم (٢٠٠٦) ، **أزمة الجنس فى المراهقة** ، الإسكندرية ، المكتبة المصرية .

١٢ – محمد نجيب الصبوه (٢٠٠١) ، **الإنحرافات السلوكية والشباب فى مصر** ، القاهرة ، سلسلة محاضرات لجنة علم النفس ، المجلس الأعلى للثقافة ، ص ص ٦٩ – ١٠٦ .

١٣ – ميشيل كارى ، جون ديتسز ، اندرو ميسلر (٢٠٠٢) ، **الإختلالات الجنسية : إضطراب الإنتصاب لدى الذكور** ، ترجمة صفوت فرج فى كتاب : مرجع اكلينيكى فى الإضطرابات النفسية دليل علاجى تفصيلى تحرير : ديفيد . هـ . بارلو ، إشرف على الترجمة والمراجعة ، صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ١٠٥٥ – ١١٤٢ .

14- Ameri can psychiatrie assoeiatian (2000) **Diagnostic and statir-stical manual of mental Disorrderes, 4** . th. ed wachington . DC.

15- Kipatrick, D. , veronen, L. Best, c. (1985) **Factor predeting psycholigy ap distreses** among rape victims, in C.R. Figley (Ed). Trauma and it wake Vol . 1 : the study and treatment of post-traumtic stressrdisords. new york . Brunner / Ma2el. pp. 113 - 141

16 - Kaplan, H, & sadock. B. (1996) **pocket Hand book of clincal psychiatry , london** , williamsal wikins , second, Edition.



الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية

هذا الكتاب

يمثل مرجعً هامًا وأساسيًا لا غنى عن قراءته للمتخصصين فى العلوم الإنسانية (علم نفس - اجتماع - طب نفسى .. وغيرها من التخصصات) .. كما أنه لا غنى عنه للقارئ العادى .. لماذا ؟

لأنه تناول العديد من الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية مثل: القلق وأنواعه ، الاكتئاب والفصام ، الاكتئاب والهوس ، الانحرافات الجنسية ، اضطرابات الشخصية ، الاعتماد على المخدرات، اضطرابات النوم - واضطرابات الفصام وغيرها من الاضطرابات . حيث تم تناول كل اضطراب من الاضطرابات السابقة من حيث : وبائيات الانتشار - التعريف بالاضطرابات - محكات التشخيص وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى (الصادر عن رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية (APA) .. أسباب الاضطراب - طرق العلاج - مسار ومآل كل اضطراب .

آملين أن يظل هذا الكتاب مرجعًا أساسيًا ، ونقطة ضوء تضئ مجاهل المعرفة بالنفس الإنسانية .

الناشر

